

Конспект лекції на тему: «Захворювання грудної клітки та органів грудної порожнини».

11. Рак легень, діагностика і лікування

Рак легень – це злоякісна пухлина, яка вирізняється різноманітністю макроскопічних і гістологічних форм. Розрізняють центральний і периферійний рак легень. Центральний – виникає з епітелію великих бронхів. Він характеризується кашлем, наявністю прожилків крові в мокротинні, гарячкою, задишкою. Периферійний рак протікає безсимптомно і перші прояви захворювання з'являються тоді, коли пухлина досягає великих розмірів, проростає в плевру, грудну клітку і починає розпадатися та викликати запалення.

Розрізняють 4 стадії раку легень.

I стадія – невелика обмежена пухлина великого бронха, що росте ендо- або перибронхіально; чи невелика пухлина дрібних та найдрібніших бронхів, що не проростає в плевру. Метастазів не має.

II стадія – така сама або більших розмірів пухлина, що не проростає в плевру і суміжні органи. Одиначні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.

III стадія – пухлина проростає в перикард, грудну стінку, середостіння, діафрагму. Наявні множинні метастази в регіонарні лімфатичні вузли.

IV стадія – пухлина поширюється на грудну стінку, середостіння, діафрагму, з дисемінацією по плеврі. Наявні множинні метастази в регіонарні та віддалені лімфатичні вузли, інші органи.

Рак Пенкоста (рак верхньої частки легені) може спричинити симптоми, зумовлені ураженням плечового сплетення і симпатичних гангліїв. Виникають сильний біль у верхній кінцівці, її набряк. Розвивається синдром Горнера.

Діагностика: рентгенологічне обстеження, трахеобронхоскопія, цитологічне та гістологічне обстеження, комп'ютерна томографія, торакоскопії, медіастиноскопії.

Лікування. У ранніх стадіях – операція (лобектомія, розширена лобектомія, пульмонектомія), променева терапія, пхт. Прогноз несприятливий. Хворі помирають через 1-1,5 року.

Лікування й догляд за хворими після операцій на органах грудної клітки

Для нормалізації серцево-судинної діяльності призначають камфору, кофеїн-бензоат натрію і внутрішньовенні введення 40 % розчину глюкози з вітамінами групи В і аскорбіновою кислотою. Серцеві засоби відміняють через 3-4 дні після операції.

Протягом 3-4 днів хворим вводять наркотичні препарати (морфіну гідрохлорид, промедол). Введення наркотичних засобів сприяє глибшому диханню і відпочинку хворих.

Оперованих хворих розміщують у найбільш зручних, ізольованих палатах з тим, щоб забезпечити їм повний спокій, їжа повинна бути з високою енергетичною цінністю і легкозасвоюваною. У перший день після операції хворим дають міцний чай, каву, бульйон. З другого дня призначають легку дієту: курячий бульйон, кисіль, свіжий сир. У дальшому хворі одержують загальну дієту, що включає достатню кількість вітамінів.

Постільного режиму додержують індивідуально залежно від характеру операції. Лікування хворих має бути активним з застосуванням лікувальної фізкультури.

Лікувальну фізкультуру проводять систематично з перших днів після операції індивідуально з кожним хворим. Систематичні заняття лікувальною фізкультурою

сприяють швидшому відновленню порушених функцій організму, насамперед центральної нервової системи, дихання і серцево-судинної діяльності.

Післяопераційні ускладнення та їх лікування. Після торакальних операцій трапляється ряд тяжких ускладнень, пов'язаних, з одного боку, з порушеннями діяльності центральної нервової і серцево-судинної систем (плевропульмональний шок, серцевосудинна недостатність), легень (пневмонія, набряк), паренхіматозних та кровотворних органів і, з другого боку, з інфікуванням плевральної порожнини (емпієма, плевральний сепсис, бронхіальні фістули, ерозивні кровотечі та ін.). У перші дні після операції може виникнути підшкірна емфізема.

Протягом 1-2 днів після операції відмічаються найбільш грізні ускладнення: післяопераційний шок, серцево-судинна й легенева недостатність. Щоб запобігти цим тяжким ускладненням, під час операції роблять старанну повторну анестезію рефлексогенних зон, спиняють кровотечу й компенсують крововтрату.

Для лікування шоку показане переливання крові в поєднанні з засобами, які тонізують серцево-судинну діяльність, і оксигенотерапія.

Переливають 500-600 мл крові внутрішньовенне спочатку струминним, а потім краплинним методом до стабілізації нормального артеріального тиску. Кількість крові для переливання визначається станом хворого при цьому враховують дані не тільки артеріального, а й венозного тиску, щоб запобігти перевантаженню серцево-судинної системи. У тяжких випадках, коли немає помітного ефекту від внутрішньовенних гемотрансфузій, слід зробити внутрішньоартеріальне переливання крові.

Переливання крові слід поєднувати з внутрішньовенним введенням 1-2 мл 5 % розчину ефедрину гідрохлориду або 0,1 % розчину адреналіну гідрохлориду; підшкірно вводять камфору, кофеїн-бензоат натрію, кордіамін і систематично застосовують оксигенотерапію.

Серцевосудинна недостатність у післяопераційному періоді може виникати у тих хворих, у яких до операції визначалися виражені зміни серцевосудинної системи (дистрофічні зміни міокарда, атеросклероз, гіпертонічна хвороба, гіпотензія та ін.). Це ускладнення найчастіше виникає у осіб літнього і старечого віку після операцій великого обсягу.

Серцево-судинна недостатність розвивається за правим типом – з гіпотензією, тахікардією і збільшенням печінки. Тони серця різко приглушені, в збереженій легені вислуховують вологі хрипи, які свідчать про застійні явища в малому колі кровообігу. Для лікування серцево-судинної недостатності застосовується внутрішньовенне введення 40 % розчину глюкози із строфантином, повторне призначення серцевих і дихальних засобів (камфора, кордіамін, кофеїн та ін.). Переливання крові протипоказане. Навпаки, рекомендується кровопускання (150-200 мл), яке значно поліпшує серцеву діяльність, і оксигенотерапія.

Одним з найтяжчих ускладнень після легневих операцій є запалення і набряк збереженої легені. У запобіганні пневмонії і ателектазу після операції поряд з активним веденням хворого – раннім вставанням, дихальною гімнастикою, відкашлюванням, систематичним застосуванням лікувальної фізкультури – велике значення мають антибактеріальні препарати. Ці заходи дають можливість не допускати розвитку ателектазу і пневмонії у більшості хворих.

Для лікування пневмонії застосовують антибіотики й сульфаніламідні препарати, серцеві й дихальні засоби.

Щоб запобігти набрякові легень, необхідно високоякісно й старанно проводити операцію, а також раціонально переливати кров і розчини з урахуванням гемодинамічних зрушень, що дає змогу уникнути перевантаження серця. Має значення також

внутрішньовенне введення під час і після операції 10% розчину кальцію хлориду (5-10 мл), який ущільнює стінки судин.

Для лікування набряку легені застосовують повторні кровопускання (100-200 мл), призначають внутрішньовенне введення 10 % розчину кальцію хлориду, у тяжких випадках підшкірне вводять 1-2 мл меркузалу. Хворі систематично одержують камфору,, кофеїн-бензоат натрію, кордіамін, у тяжких випадках – внутрішньовенне строфантин, при порушеннях дихання – лобелін. Постійно проводиться оксигенотерапія.

Тривалий ателектаз збереженої частини легені здебільшого є вторинним і пов'язаний з розвитком бронхіальної фістули або порушенням прохідності бронхів, В останньому випадку слід з допомогою лікувальної фізкультури і бронхоскопії добитися швидкого відновлення прохідності бронхів.

Недостатність легень розвивається дуже рідко. Найчастіше вона виникає при функціональній недостатності збереженої легені в результаті пневмосклерозу, гострого розвитку після операції пневмонії або ателектазу внаслідок аспірації гнійного харкотиння, шматочків пухлини, нервоворефлекторних розладів та ін.

Для лікування легеневої недостатності використовують оксигенотерапію, дихальні і серцеві засоби. Залежно від її походження вживають додатково таких лікувальних заходів. При проникненні гнійного харкотиння і шматочків пухлин у бронхи здорової легені проводять термінову бронхоскопію, щоб очистити просвіт бронхів. У тяжких випадках здійснюють термінову трахеотомію, швидко очищають бронхи і роблять ШВЛ до повної ліквідації асфіксії і відновлення дихання.

При пневмонії слід розпочати енергійне лікування великими дозами антибіотиків (стрептоміцин, бензилпеніцилін, окситеграцикліну дигідрат та ін.) у поєднанні з терапією сульфаніламідними препаратами для якнайшвидшої ліквідації запальних змін.

12. Гнійний плеврит

Серозний плеврит виникає як ускладнення запалення легень, травми, сепсису, запальних процесів верхнього відділу черевної порожнини.

Серозний плеврит часто має туберкульозну етіологію. Захворювання починається раптово й супроводиться підвищенням температури тіла, загальною слабкістю, задишкою, пітливістю. Хворий скаржиться на сухий кашель, колючий біль у грудній клітці відповідно до локалізації плевриту. При перкусії в ділянці плевриту визначається глухий звук, при аускультатії дихання не проводиться. Рентгенологічне дослідження встановлює наявність рідини в плевральній порожнині.

Лікування серозного плевриту консервативне. Залежно від етіології плевриту застосовують протиревматичне або протитуберкульозне лікування, антибіотики, сульфаніламідні препарати й загальнозміцнювальні заходи.

Гнійний плеврит розвивається як ускладнення нагнійних процесів і запалення легень, при інфікуванні серозного плевриту, при ангіні, грипі, інфекційних захворюваннях і сепсисі (метастатичний гнійний плеврит).

Мікроорганізми проникають у плевру лімфогенним і гематогенним шляхами, при прориві абсцесу легені в порожнину плеври.

Розрізняють розлитий (дифузний) і **обмежений** (осумкований) гнійний плеврит.

Патологоанатомічні зміни при гострій емпіємі характеризуються розвитком гостро гнійного запалення плеври з утворенням гнійного ексудату і фібринозних нашарувань (шварт). При тривалому перебігу може статися прорив емпієми назовні через грудну стінку, утворюються гнійні запливи і метастази.

Гнійний плеврит починається гостро, різким підвищенням температури тіла й ознобом. Хворі скаржаться на біль у грудях, сухий кашель і загальну слабкість, їх стан різко гіршає, з'являються задишка і ціаноз губ, характерною є висока температура тіла (39-40 °С), із зниженням уранці до субфебрильної.

При фізичних методах дослідження в ділянці емпієми відмічається приглушення, при вислухованні – ослаблене дихання. У крові – високий лейкоцитоз із зрушенням лейкоцитарної формули вліво, нерідко спостерігається токсична зернистість лейкоцитів.

При рентгенологічному дослідженні виявляють рідину в плевральній порожнині. Діагноз гнійного плевриту підтверджується з допомогою діагностичної пункції.

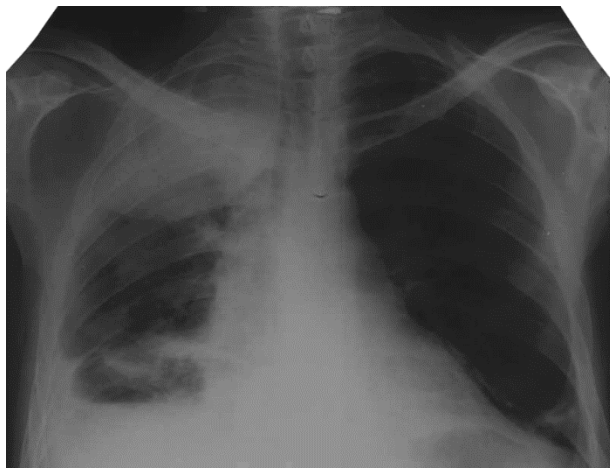
Лікування. Гнійний плеврит лікують оперативним шляхом. Проводять торакотомію й дренажування плевральної порожнини (мал. 115). Установлюють підводний дренаж або з'єднують його з триампульною системою для активної аспірації гною. Плевральна порожнина швидко звільняється від гною, і легеня розправляється.

При обмежених емпіємах лікують пункціями. Після евакуації гною в плевральну порожнину вводять антибіотики.

Хворим призначають загальнозміцнювальне лікування, серцеві засоби, переливання крові, інгаляцію кисню. Антибіотики використовують залежно від чутливості до них бактеріальної форми, їжа хворих має бути висококалорійною й повинна містити достатню кількість вітамінів.

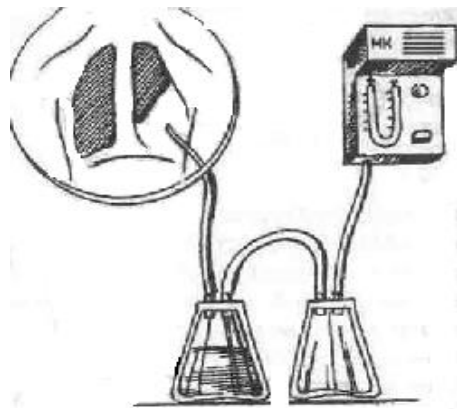
Хронічна емпієма розвивається в результаті несвоєчасного розпізнавання і пізнього та неправильного лікування гострого гнійного плевриту. Якщо легеня, не досить активно розправляється, виникає стовщення плевральних листків, що перешкоджають облітерації плевральної порожнини і розправленню легені.

При хірургічній емпіємі внаслідок гнійної інтоксикації настають тяжкі зміни в організмі: амілоїдоз внутрішніх органів, пневмосклероз, метастатичний абсцес, сепсис та ін.

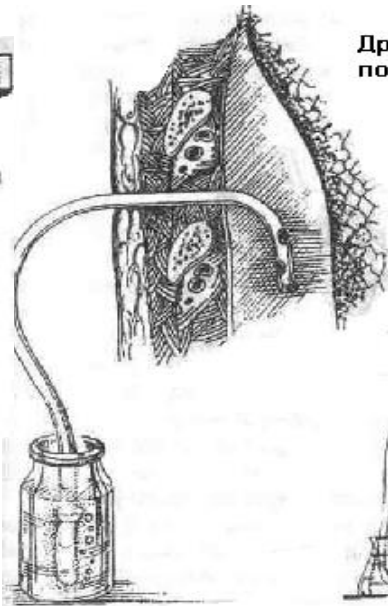


Верхівкова емпієма плеври справа

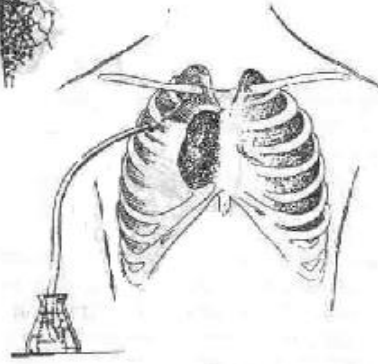
Лікування хронічної емпієми оперативне. Роблять торакопластику, яка полягає в резекції ребер над порожниною емпієми. Іноді торакопластику поєднують з м'язовою пластикою порожнини емпієми, плевректомією й декортикацією легені (видалення вісцеральної плеври).



Дренування плевральної порожнини з використанням активної аспіраційної системи



Дренування плевральної порожнини по Бюлау



Дренування плевральної порожнини по Бюлау

13. Гострий абсцес легені

Абсцес легені. Абсцес і гангрена легень належать до нагнійних процесів. Розрізняють гнійний абсцес – гострий і хронічний, поодинокий і множинний, гангренозний абсцес і поширену гангрену легені.

Частіше уражаються особи чоловічої статі (70- 80 %); вік хворих різний, але здебільшого захворювання спостерігається в 20-40 років.

Нагнійний процес у легені найчастіше розвивається Після пневмонії як ускладнення, бронхоектазій, хронічного бронхіту і пневмосклерозу. Рідше нагноєння виникав після закупорки просвіту бронха стороннім предметом, аспіраційними масами, слизом, пухлиною (бронхогенний рак, аденома бронха та ін.), після поранень і травм легені, а також внаслідок тромбозу легеневих судин.

Особливо часто абсцес легені розвивається після різних операцій у порожнині рота під загальним знеболюванням.

Гематогенний шлях розвитку абсцесу легені спостерігається при септикопемії внаслідок гематогенного поширення інфекції з різних гнійних вогнищ в організмі або емболії при септичному ендокардиті, тромбофлебіті. Цей шлях розвитку абсцесу легень тепер відмічається рідко, що пояснюється широким застосуванням антибіотиків при

лікуванні різних гнійних захворювань. Лімфогенне поширення інфекції можливе при абсцесі печінки, піддіафрагмальному абсцесі, паранефриті та ін.

Легеневі нагноєння викликаються різними мікроорганізмами, переважно стафілококами, пневмококами і стрептококами.

При абсцесі легені спочатку виникає запальна інфільтрація тканин, потім – розпад легеневої тканини й утворення гнійної порожнини, оточеної щільною грануляційно-фіброзною стінкою.

Після прориву абсцесу в просвіт бронха, відшарування гною і некротичних мас стінки абсцесу спадаються, відбувається поступове очищення і загоєння його порожнини вторинним натягом з утворенням рубцевої тканини.

Гострий абсцес

Клінічна картина гострого абсцесу залежить від стадії і перебігу захворювання. У початковій стадії гострого абсцесу переважають явища загальної гнійної інтоксикації. Стан хворих тяжкий, вони скаржаться на головний біль, біль у грудній клітці, загальну слабкість. Температура тіла висока із значними коливаннями, досягає ввечері 39-40 °С і знижується вранці до субфебрильної і навіть нормальної. При об'єктивному обстеженні спостерігаються синюшність шкіри, задишка, відставання грудної клітки при диханні на боці ураження. Під час перкусії легень у ділянці абсцесу виявляється вкорочення перкуторного звуку, при аускультатії – жорстке, іноді бронхіальне дихання, дзвінкі вологі хрипи. Пульс частий, тони серця приглушені. При дослідженні крові відмічається лейкоцитоз із зрушенням лейкоцитарної формули вліво, токсична зернистість нейтрофільних гранулоцитів, збільшена ШОЕ.

При рентгенівському дослідженні визначається затемнення в легені, частіше округлої форми, з нечіткими краями і проясненням у центрі. Нерідко при томографії в цей період формування абсцесу вдається виявити в центрі затемнення секвестри легеневої тканини. Через 6-10 днів настає прорив абсцесу через бронх. Звичайно після сильного приступу кашлю виділяється значна кількість (до 500-600 мл) гнійного харкотиння з неприємним запахом, яке містить велику кількість лейкоцитів, еритроцити й еластичні волокна. У зв'язку із спорожненням абсцесу через дренажний бронх стан хворих значно поліпшується. Температура тіла знижується до субфебрильних цифр, зменшуються лейкоцитоз і ШОЕ, поступово нормалізується діяльність серцево-судинної, центральної нервової систем та органів дихання. Основними симптомами стадії відкритого абсцесу легені є кашель з виділенням гнійного харкотиння, іноді кровохаркання і легеневі кровотечі. При сприятливому перебігу кількість харкотиння поступово зменшується.

При рентгенівському дослідженні в цей період виразно визначається порожнина абсцесу з горизонтальним рівнем і перифокальною інфільтрацією легеневої тканини.

Загальний стан хворих поліпшується, і настає рубцювання порожнини абсцесу. Такий сприятливий перебіг абсцесу легені спостерігається у 80 % хворих при повному спорожненні абсцесу, доброму дренажу і правильному лікуванні.

Велике значення для сприятливого прогнозу мають опірність організму, його імунобіологічні властивості. У виснажених і ослаблених хворих нерідко відмічається несприятливий перебіг з розвитком гангрені легені, сепсису, метастатичних абсцесів мозку й амілоїдозу внутрішніх органів.

При несприятливому перебігу може настати смерть в результаті профузної кровотечі, піопневмотораксу, асфіксії в момент прориву абсцесу, розвитку абсцесу мозку, сепсису і токсичного ураження м'яза серця.

Лікування гострого абсцесу в закритому періоді включає загальнозміцнювальні заходи і антибактеріальну терапію. Хворих розміщують у просторих, добре вентиляваних палатах, вони одержують їжу з високою енергетичною цінністю, що містить достатню кількість білків і вітамінів. Старанно додержують постільного режиму, при тяжкому перебігу призначають оксигенотерапію, серцеві і дихальні засоби. Добре діють на організм цих хворих повторні переливання 100-200 мл крові, внутрішньовенні введення 40 % розчину глюкози з вітамінами групи В і аскорбіновою кислотою. Антибактеріальне лікування включає антибіотики і сульфаніламідні препарати.

Після прориву абсцесу слід максимально сприяти якнайшвидшому очищенню порожнини гнояка з допомогою внутрішньотрахеальних введень розчинів і аерозолів антибіотиків. Особливо добрі наслідки дає бронхоскопічний метод лікування, коли з допомогою бронхоскопа здійснюють старанний туалет бронхів з наступним введенням у порожнину абсцесу антибіотиків. В цих випадках слід застосовувати дренаж, змінюючи положення хворого для повнішого відходження харкотиння, і лікувальну фізкультуру.

Амебні абсцеси легені лікують еметину гідрохлориду. При наявності гангрени легені поряд з вказаними вище лікувальними заходами рекомендується курс внутрішньовенних вливань новарсенолу (від 0,15 до 2,5-3 г).

14. Хронічний абсцес

Хронічний абсцес. Хронічний перебіг абсцесу спостерігається при тяжких змінах легеневої тканини і бронхів (пневмосклероз, бронхоектазії, сторонні предмети та ін.), а також при поганому дрениванні, не досить активному лікуванні.

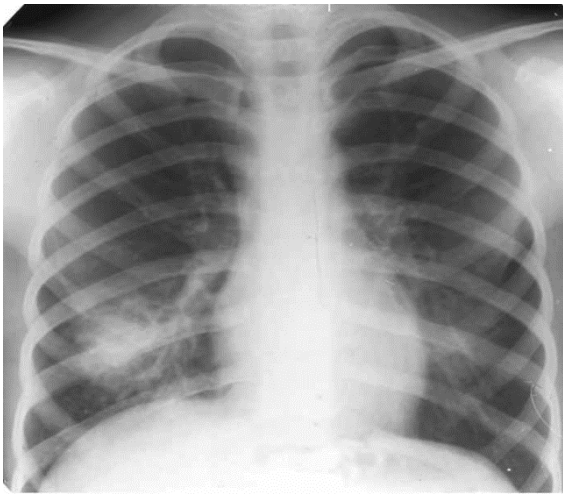
Найчастіше хронічний перебіг відмічається при локалізації абсцесу в задніх і нижніх відділах легені.

В результаті хронічного перебігу запального процесу виникають тяжкі патологоанатомічні зміни – пневмосклероз, карніфікація, бронхоектазії, нові вогнища абсцедування.

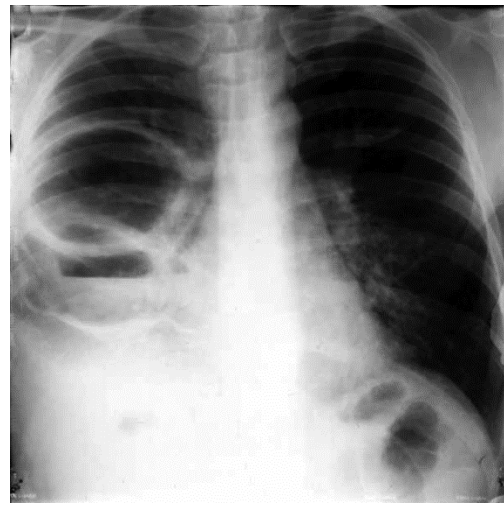
Симптоми хронічного абсцесу легені ті самі, що й гострого: після прориву в бронх – кашель з виділенням гнійного харкотиння, кровохаркання і легеневої кровотечі, під час загострення – підвищення температури тіла до 38-39 °С, загальна слабкість, головний біль, лейкоцитоз із зрушенням лейкоцитарної формули вліво, збільшена ШОЕ.

Постійно спостерігається деформація пальців (барабанні палички).

При рентгенологічному дослідженні в ділянці абсцесу виявляються щільні фіброзні стінки, в навкружній легеневої тканині – пневмосклеротичні й запальні зміни. Прогноз при консервативному лікуванні несприятливий, більшість хворих гине від прогресування захворювання і ускладнень (кахексія, амілоїдоз, легеневе серце, гангрена легені, профузні кровотечі).



Абсцес легені до розкриття в бронх



Абсцес легені після розкриття в бронх

Лікування. У зв'язку з важкими патологоанатомічними змінами вилікування при хронічному абсцесі легені можна досягти лише після резекції легені. Залежно від розмірів ураження видаляють сегмент (сегментарна резекція, сегментектомія), частку (лобектомія) або всю легеню (пневмонектомія). Резекція легені показана через 1,5-2 міс від початку захворювання, якщо консервативне лікування не дало ефекту.

Видалення легені у цих хворих є єдиним рятувальним заходом, без якого вони приречені на швидку загибель.

Віддалені результати після цих операцій цілком задовільні: у 80-85% обстежуваних хворих після резекції легені настає видужання.

15. Гангрена легені

Важкий некротичний процес легеневої тканини. Виникає розпад легеневої тканини без обмеженої реакції, як при абсцесі, унаслідок зниження реактивності організму. Симптоматика подібна до симптоматики абсцесу легень

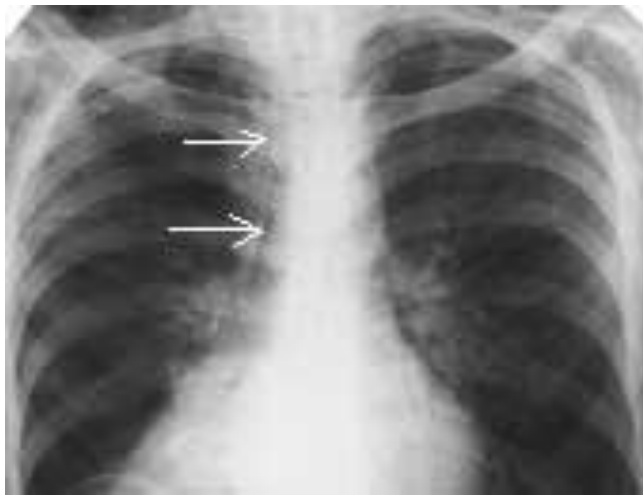
Лікування: Оперативне – резекція легені. Антибіотики. Загальноукріплююча терапія. Підвищення захисних сил організму.

16. Медіастиніт (запалення середостіння)

Запалення середостіння (медіастиніт) виникає як ускладнення поранень або травм стравоходу й трахеї під час інструментальних досліджень, видалення сторонніх предметів, бужування стравоходу, після торакальних операцій.

Рідше медіастиніт виникає внаслідок розповсюдження інфекції лімфогенним або гематогенним шляхом при різних гнійних процесах.

Медіастиніт супроводжується високою температурою тіла, лейкоцитозом, тахікардією, задишкою, болем у ділянці середостіння. Виникають флегмонозне запалення, абсцеси. При рентгенологічному дослідженні знаходять розширення тіні середостіння, при розвитку абсцесу – порожнини з рідиною.



Пневмомедіастинум як результат перфорації стравоходу. Полоска газу в середостінні справа (стрілки).

Лікування. Проводять операцію медіастинотомію з наступним тривалим дрениванням і введенням антибіотиків.

17. Гострий мастит

Гостре запалення тканини молочної залози.

Викликається стафілококом, стрептококом, які проникають в молочну залозу по лімфатичних шляхах, через тріщини, садна сосків, через протоки гематогенним шляхом. Частіше в післяпологовому періоді (лактаційний мастит) розвивається на 7-21 день після пологів у годувальниць, частіше у жінок, що народили вперше.

У перші дні після пологів, у зв'язку з застоєм молока, настає нагрубання молочних залоз. Залоза збільшується, стає напруженою, болісною, гарячою на дотик. Шкіра напружена, через неї видно розширені вени. Необхідно спорожнити молочну залозу, накласти стисну пов'язку, яка підтримує молочну залозу, міхур з льодом, обмежити приймання рідини.

Клінічні форми:

1. Серозна.
2. Абсцедуюча.
3. Флегмонозна.
4. Гангренозна.

За локалізацією: поверхневий абсцес молочної залози; абсцес у товщі молочної залози; ретроамарний мастит (позаду молочної залози); навколо соска.

Клініка. Починається гостро. Підвищення Т, озноб, загальна слабкість, головний біль, біль в молочній залозі.

Об'єктивно: почервоніння шкіри, розширення поверхневих вен. набряк, залоза збільшується в розмірах. При пальпації – запальний болісний інфільтрат, який збільшується в розмірах. При абсцедуванні – флюктуація. Іноді запалення підпахвових лімфовузлів. Може розвинути сепсис.

Лікування: у стадії інфільтрації: в/м антибіотики, новокаїно-пеніцилінові ретроамарні блокади, УВЧ, старанне зціджування молока, щільне бинтування залози, місцево холод. При абсцедуванні: розтин гнояка радіарними розрізами, відступаючи на 2-3 см від ареоли, щоб не пошкодити молочні ходи і сосок; дренивання.

При ретроамарному маститі: напівмісяцевий розріз під нижнім краєм молочної залози. Дренивання.