

К послеоперационным осложнениям относятся также трахеомалация — дегенеративные изменения в кольцах трахеи, их истончение. После удаления интубационной трубки из трахеи или в ближайшем послеоперационном периоде могут произойти перегиб трахеи в участке размягчения или сближение стенок и сужение просвета. Наступает острая асфиксия, которая требует срочной трахеостомии.

Послеоперационный гипотиреоз развивается при полном или почти полном удалении щитовидной железы. У пациентов развиваются признаки гипотиреоза (слабость, заторможенность, сонливость, трофические расстройства кожи, боли в конечностях), и препараты щитовидной железы назначаются пожизненно.

Контрольные вопросы

1. Перечислите особенности обследования больных с заболеваниями шеи, трахеи, пищевода.
2. Какие виды врожденной патологии шеи, трахеи, пищевода вы знаете?
3. Какие особенности ранений шеи вы знаете? Какова тактика фельдшера?
4. Какова тактика фельдшера при инородных телах трахеи и пищевода?
5. Почему при ожогах пищевода нельзя применять беззондовый («ресторанный») способ промывания желудка?
6. Назовите основные задачи ухода за больным с ожогом пищевода.
7. В чем заключается уход за больным после операций на щитовидной железе?
8. Какие инструменты необходимы для трахеостомии? Как осуществляется уход за трахеостомой?
9. Назовите показания и опишите технику выполнения пункционной трахеостомии.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

14.1. Методы обследования

Объективные методы. *Опрос.* Для пациентов с заболеваниями органов грудной клетки характерны жалобы на кашель, одышку, боли в области грудной клетки, затрудненное дыхание, выделение мокроты с патологическими примесями. Примесь крови в мокроте называется кровохарканьем. Оно встречается при туберкулезе легких, раке легкого, абсцессе или гангрене легкого, бронхоэктазах, травме легкого. Сухой мучительный кашель, не приносящий облегчения, характерен для инородного тела в бронхах; грубый лающий кашель может отмечаться при инородном теле в трахеи. Одышка (учащение дыхания более 20 в минуту) свидетельствует о дыхательной недостаточности. Боль в области грудной клетки, усиливающейся при дыхании, характерна для повреждений грудной клетки.

Для заболеваний молочной железы характерны жалобы на боль в ее области, появление уплотнений в железе, выделения из сосков, изменения кожи над железой. Эти симптомы могут отмечаться большими как в динамике, так и в связи с менструальным циклом, беременностью, лактацией.

Осмотр. Осмотр грудной клетки дает много информации для постановки диагноза. Обращают внимание на цвет кожных покровов и слизистых оболочек, состояние шейных вен, частоту дыхания, асимметрию грудной клетки. Локализация ранения сердца и грудной клетки требует немедленной госпитализации больного. При переломах ребер, ключицы или ребер отмечается деформация грудной клетки. Активные движения при вдохе и выдохе позволяют выявить отставание одной из половин грудной клетки, что может быть связано с переломом ребер или скоплением жидкости в плевральной полости (гидроторакс). При осмотре также могут быть выявлены усиленная пульсация верхушки сердца или полное отсутствие сердечного толчка при сдавливающим перикардите.

Пальпация. Метод позволяет установить патологическую подвижность отломков ключицы, грудины, ребер, резкую болезненность в месте перелома ребра, голосовое дрожание, обнаружить крепитацию при подкожной эмфиземе, отечность и выбухание межреберных промежутков при пневмотораксе. Сдавливанием грудной клетки в переднезаднем или боковом направлениях выявляют

усиление боли в области переломов ребер. Отсутствие или ослабление голосового дрожания характерно для гемо- и пневмоторакса. Усиление голосового дрожания свидетельствует об инфильтрации легочной ткани.

Перкуссия. Метод позволяет выявить наличие в легочной ткани инфильтрации (пневмония), жидкости в плевральной полости (гидроторакс), воздуха в плевральной полости (пневмоторакс), определить границы и размер сердца. Коробочный звук при перкуссии характерен для пневмоторакса, притупление звука — для гидроторакса. При ранении сердца определяется расширение границ сердца вследствие увеличения размеров перикарда за счет излившейся крови.

Аускультация. Метод позволяет определить характер дыхания в легких (везикулярное, ослабленное, жесткое, бронхиальное, амфорическое), выявить различные хрипы, тоны и шумы сердца, шум трения перикарда или плевры. При пневмотораксе, гидротораксе дыхательные шумы резко ослаблены или отсутствуют. При тампонаде сердца при ранениях сердечные шумы становятся очень тихими. Усиление бронхофонии (при выслушивании голоса пациента во время произнесения им слов, обычно «тридцать три») наблюдается при инфильтрации легочной ткани, ослабление — при гидро- или пневмотораксе.

Дополнительные методы. Рентгенологические методы и в настоящее время являются основными в диагностике заболеваний грудной клетки. К ним относятся рентгеноскопия грудной клетки, рентгенография в двух или трех проекциях, томография, бронхография.

В диагностике заболеваний сердца и легких широко используются ЭКГ и фонокардиография, пункция плевральной полости с исследованием содержимого, торакоскопия — визуальный осмотр плевральной полости через специальный оптический прибор, что позволяет также выполнить биопсию легочной ткани и патологических образований в ней, фибробронхоскопия — осмотр слизистой оболочки бронхов и трахеи через специальный прибор — бронхоскоп. В крупных лечебных учреждениях используют ультразвуковую эхографию и компьютерную томографию сердца и легких, а также зондирование крупных сосудов и полостей сердца с измерением в них давления и насыщения крови кислородом.

14.2. Закрытые повреждения груди

По своему характеру повреждения груди делятся на закрытые и открытые, с повреждением и без повреждения скелета грудной клетки или внутренних органов грудной полости.

Ушибы. Травмы мягких тканей грудной клетки без повреждения костей и внутренних органов наблюдаются наиболее часто,

протекают без осложнений и заканчиваются полным выздоровлением.

Клиническая картина. Ведущими клиническими симптомами являются боли в области ушиба, болезненность при пальпации, отечность тканей, кровоизлияния. Дыхание и гемодинамика не нарушены. Общее состояние больного не страдает.

Тактика. На место ушиба кладут холод и направляют пациента в травматологический пункт.

Лечение. Первые 2 сут назначают холод, с 3-х суток показаны согревающие компрессы, ограничение физической нагрузки. При болях назначают обезболивающие средства.

Переломы ребер. Такие травмы встречаются очень часто и могут быть одиночными и множественными. Они могут привести к повреждению париетальной плевры, межреберных сосудов и нервов, ткани легкого.

Клиническая картина. Отмечается резкая местная боль, усиливающаяся при пальпации, вдохе, кашле, а также попытке сдвинуть грудь и при движениях. Вследствие усиления боли при глубоком вдохе и движениях пострадавшие с переломами ребер дышат поверхностно, боятся кашлять, сохраняют вынужденное положение. Иногда можно определить крепитацию на месте перелома. В ряде случаев перелом ребер может протекать бессимптомно и диагностика возможна только при рентгенологическом исследовании.

Если переломы ребер сопровождаются повреждением плевры и легочной ткани, то может возникнуть подкожная эмфизема. При повреждении ткани легкого наблюдается кровохарканье. Отмечается тахикардия, учащение дыхания, возможно развитие шока. При скоплении в плевральной полости крови (гемоторакс) перкуторно в нижних отделах определяется притупление перкуторного звука. При наличии воздуха в плевральной полости при перкуссии обнаруживается звук с коробочным оттенком в верхних отделах грудной клетки.

Тактика. При изолированных переломах ребер пострадавшему необходимо провести обезболивание (2—4 мл 50 % раствора анальгина и 1 мл 1 % раствора димедрола), на место перелома кладут холод и направляют больного в травмпункт. При множественных переломах проводят противошоковые мероприятия, оксигенотерапию, вводят обезболивающие. На стороне переломов накладывают иммобилизирующую бинтовую или лейкопластырную циркулярную повязку (рис. 14.1). Пострадавшего транспортируют в травматологическое отделение на носилках в полусидячем положении или на спине с приподнятым головным концом.

Лечение. Как правило, начинают с применения новокаиновой блокады. При этом в область перелома вводят 5—10 мл 1—2 % раствора новокаина. В более тяжелых случаях блокаду завершают введением 1—2 мл 76 % спирта.

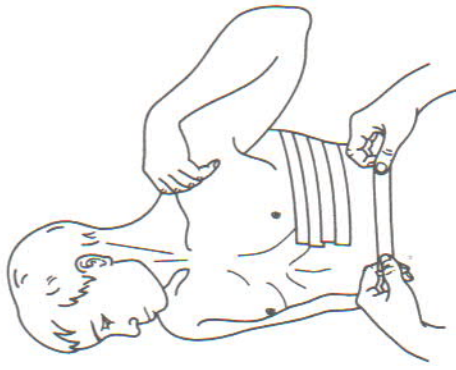


Рис. 14.1. Черепицеобразная лейкопластырная повязка при переломах ребер

При множественных и особенно двусторонних переломах показаны вагосимпатическая блокада по Вишневскому, вдыхание кислорода, при значительных нарушениях дыхания и кровообращения — трахеостомия с проведением управляемого дыхания. При наличии шока проводят противошоковые мероприятия. Для профилактики осложнений назначают антибиотики, отхаркивающие препараты, массаж грудной клетки, дыхательную гимнастику.

Перелом ключицы. Одним из самых частых повреждений костей является перелом ключицы. Чаще он возникает от не прямой травмы. Различают переломы поднадкостные, по типу «зеленой ветки», косые, поперечные и оскольчатые, со смещением и без смещения отломков.

Клиническая картина. Для переломов ключицы характерны боль, припухлость, ограничение функции руки, которую пациент прижимает к туловищу, деформация ключицы (при смещении отломков). Вид перелома уточняют по данным рентгенологического исследования.

Тактика. После обезболивания пациенту необходимо наложить повязку Дезо и госпитализировать его в травматологическое отделение в положении полусидя.

Лечение. Отломки без смещения или с незначительным смещением не нужно вправлять. При значительном смещении отломков по длине и под углом необходима закрытая репозиция, которая сводится к отведению обоих плечевых суставов кзади и к средней линии. Фиксируют отломки восьмиобразной повязкой, изготовленной из ватно-марлевой полосы (повязка Дельбе), которую оставляют на 3—4 недели.

Сдавление грудной клетки. При сильном сдавлении груди землей (при обрушениях), сжатии груди между буферами вагонов возникает сдавление грудной клетки.

При равномерном сжатии (особенно в момент вдоха) возникает так называемая травматическая асфиксия. Во время сжатия клапанов, кровь устремляется вверх по венам шеи, не имеющим створчатых клапанов, значительно повышается венозное давление и как следствие этого возникают множественные разрывы мелких вен и капилляров с кровоизлияниями.

Клиническая картина. При травматической асфиксии отмечаются затрудненное дыхание, учащенный пульс, гипотония, цианотичная окраска кожи лица и шеи, множественные сплошные мелкие точечные кровоизлияния лица и шеи. Множественные точечные кровоизлияния имеются на конъюнктиве, слизистой рта и особенно под языком. Характерна одутловатость лица, шеи, а иногда и верхней половины туловища. При сильных сдавлениях наблюдается понижение, а иногда и потеря зрения, слуха, сознания. Часто возникают носовые кровотечения, кровохарканье, афония.

Травматическая асфиксия протекает значительно тяжелее при наличии множественных переломов ребер и повреждений легких и может сопровождаться шоком. При разрыве трахеи и бронхов возникает острая дыхательная недостаточность вследствие эмфиземы средостения или пневмоторакса.

Тактика. Необходимо освободить пострадавшего от сдавления, от стесняющей одежды, провести тщательное обезболивание, ввести антигистаминные средства. Больному придают полусидячее положение, дают кислород. При проявлении шока проводят противошоковую терапию. Пострадавшего госпитализируют в травматологическое отделение в полусидячем положении, а при развитии шока — в горизонтальном.

Лечение. Лечение заключается в создании покоя, вдыхании кислорода, введении сердечных препаратов, анальгетиков, проведении двусторонней паравerteбральной блокады межреберий. Иногда показана шейная вагосимпатическая блокада. При развитии острой дыхательной недостаточности проводят ИВЛ, а при необходимости и трахеостомию, лечебную бронхоскопию.

При наличии местных повреждений (переломы ребер) или явлений шока проводятся противошоковые мероприятия.

При обширных повреждениях легких или разрыве бронхов показаны срочная торакотомия с ушиванием ран, дренирование плевральной полости по Бюлау.

14.3. Открытые повреждения груди

Ранения груди. Открытые повреждения груди (ранения) делают на не проникающие в плевральную полость, при которых не повреждается париетальная плевра, и проникающие в плевральную полость, когда повреждается париетальная плевра и возможны ранения внутренних органов грудной клетки.

Непроникающие ранения груди. К открытым непроникающим повреждениям груди относятся различные ранения мягких тканей грудной стенки без одновременного повреждения костей или с наличием их перелома. Внешний вид раны (например, ее неболь-

шие размеры) может быть обманчивым, так как нельзя определить ее направление, глубину и наличие повреждений внутренних органов. Проникающий характер ранения выявляется иногда лишь во время операции при ревизии раны.

Клиническая картина. При отсутствии сильного кровотечения общее состояние пострадавшего не страдает, дыхательная деятельность не нарушена, поведение активное. Отсутствуют признаки гемоторакса, гемоперикарда, пневмоторакса (отсутствие симптома присасывания воздуха в ране, особенно при глубоком вдохе, выдохе и кашле). Подкожная эмфизема не наблюдается.

Тактика. Пострадавшему необходимо провести обезболивание. Край раны обрабатывают антисептиком и накладывают асептический повязку. При ранении мышц верхнего плечевого пояса необходима иммобилизация косыной и накладывают асептическую повязку. Извлечение оставленного в ране предмета, причинившего повреждение, запрещено. Больного госпитализируют в хирургический стационар на сидячей каталке.

Лечение. Первичная хирургическая обработка раны проводится по общим правилам лечения ран мягких тканей. При исследовании раны необходимо убедиться в отсутствии повреждения плевры и крупных сосудов.

Проникающие ранения груди. При открытых проникающих ранениях груди после нарушения целостности паристальной плевры чаще всего наблюдаются повреждения легких с развитием пневмо- или гемоторакса. Возможны повреждения сердца и грудного отдела пищевода. При низко расположенных ранениях часто повреждаются диафрагма и органы брюшной полости (печень, желудок и др.). Чаще встречаются резаные (ножевые) и колотые раны, реже — рубленые, ушибленные. Особо опасны огнестрельные ранения груди, так как они, как правило, сопровождаются повреждением органов грудной полости и интенсивным внутренним кровотечением.

Клиническая картина. Пострадавшие предъявляют жалобы на выраженные боли в груди, усиливающиеся при дыхании, чувство стеснения, нехватку воздуха. При повреждении легкого может быть кровохарканье. При осмотре отмечаются бледность и цианоз кожных покровов, дистальные отделы конечностей мраморной окраски. Определяются одышка, подкожная эмфизема (повышается слышимость шеи). На грудной стенке возникает нарушение целостности кожи с расхождением краев раны (зияние), отмечается кровотечение из раны. Выделение пенящейся крови из раны достоверно указывает на повреждение ткани легкого. При массивных внутриплевральных кровотечениях появляются признаки острого малокровия и геморрагического шока.

Лечение. При стабильном общем состоянии больного выполняют первичную хирургическую обработку раны и дренирование

плевральной полости по Бюлау. При наличии признаков продолжающегося внутриплеврального кровотечения, ранениях в проекции сердца, повреждении легкого выполняют торакотомию, останавливают кровотечение, дренируют плевральную полость по Бюлау. Если во время операции выявлено ранение диафрагмы, выполняют лапаротомию и ревизию органов брюшной полости.

Повреждения сердца. Основной причиной ранений сердца (95 %) являются колото-резаные раны, которые чаще располагаются на передней поверхности сердца. Раненые с огнестрельными повреждениями, как правило, погибают на месте происшествия. Ведущими симптомами являются наличие раны на грудной клетке в проекции сердца на фоне быстрого развития критического состояния пострадавшего.

Клиническая картина. При ранении сердца может обладать клиника тампонады сердца или массивной кровопотери. Кровь, попавшая в полость перикарда (до 400 мл), — гемоперикард, препятствует работе сердца, в результате чего развиваются признаки тампонады сердца: кожа становится бледной, шея и лицо приобретают цианотичный оттенок, шейные вены набухают, тоны сердца становятся очень тихими или неслышимыми, появляется брадикардия или аритмия, резко падает АД.

Если преобладают симптомы кровопотери, то у больного проявляются симптомы геморрагического шока: выраженная общая слабость, оглушенность, бледность кожных покровов, тахикардия, ясные тоны сердца, признаки гемоторакса.

Тактика. Необходим срочный доступ к вене (лучше — к двум). Немедленно начинают инфузионную терапию (полиглюкин, полифер, 5—10 мл 10 % раствора хлорида кальция, 30 мг преднизолона). Однако поднимать АД выше 80—90 мм рт. ст. недопустимо, так как это может усилить кровотечение. При тампонаде показана инфузия 200 мг раствора дофамина в 400 мл физиологического раствора или 0,1—0,3 мл изадрина внутривенно дробно. Необходимо наложить окклюзионную повязку на рану, начать интубацию дыхательных путей. Показана экстренная госпитализация в ближайший хирургический стационар в положении на спине с опущенным головным концом. Необходимо заранее оповестить больницу о скором приезде больного с ранением сердца. При неэффективности помощи при тампонаде необходимо выполнить пункцию полости перикарда толстой иглой в точке между мечевидным отростком и нижним краем реберной дуги слева с направлением прокола под углом 30°.

Лечение. Проводят экстренную торакотомию, ушивают рану сердца и останавливают кровотечение, дренируют плевральную полость по Бюлау.

Пневмотораксы. Возникающий при повреждении плевры и легких пневмоторакс может быть закрытым, открытым и клапан-ным.

Закрытый пневмоторакс возникает в результате быстрого, кратковременного поступления атмосферного воздуха в замкнутую плевральную полость в момент ранения. Образующееся вслед за ним быстрое и плотное соприкосновение краев раны, смещение мягких тканей по ходу раневого канала, закупорка их сгустками крови прекращают дальнейшее поступление воздуха в плевральную полость. Поэтому закрытый пневмоторакс обычно носит ограниченный характер и является наиболее легкой формой пневмоторакса. Легкое при этом спадается лишь частично на 25—30 %. Лишь большой закрытый пневмоторакс, вызывая спадение (коллапс) легкого и смещение органов средостения, может привести к серьезным функциональным расстройствам, которые исчезают после удаления воздуха из плевральной полости.

При *открытом пневмотораксе* плевральная полость через открытую рану грудной стенки сообщается с атмосферным воздухом, который при вдохе свободно входит в полость плевры, а при выдохе выходит из нее наружу. В результате этого отрицательное давление в плевральной полости исчезает и, как следствие, возникает коллапс легкого. При этом повышается нагрузка на сердце. При открытом пневмотораксе прежде всего нарушается дыхательная функция.

Наиболее опасным и тяжелым является *клапанный пневмоторакс*, при котором в ране образуется механизм своеобразного клапана, пропускающего воздух лишь в плевральную полость, из которой он не имеет выхода. В результате этого количество воздуха в плевральной полости увеличивается с каждым вдохом (напряженный пневмоторакс). Нарастание внутриплеврального давления ведет не только к спадению, но и к коллапсу легкого. Чаше при клапанном пневмотораксе воздух может проникать в подкожную клетчатку, что приводит к развитию подкожной эмфиземы.

Проникающие ранения груди сопровождаются обычно кровотечением. Кровь в различных количествах скапливается в полости плевры, образуя *гемоторакс*. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки. При проникающих ранениях груди часто наблюдается *гемопневмоторакс* с преобладанием того или иного компонента (крови или воздуха).

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. Наиболее частыми клиническими признаками проникающего ранения являются одышка, боли при дыхании, кашель, кровохарканье, цианоз, изменения ритма и частоты дыхания и пульса и другие признаки гемопневмоторакса. При ранении легкого характерно сочетание кровохарканья, подкожной эмфиземы и гемоторакса.

При пневмотораксе при общем осмотре груди можно заметить значительное отставание при дыхательных экскурсиях пораженной стороны по сравнению со здоровой, сглаженность межребер-

ных промежутков. Пальпация мягких тканей болезненна, перкуторно в верхних отделах грудной клетки выслушивается звук с коробочным оттенком.

Т а к т и к а. Необходимо срочно устранить открытый пневмоторакс, для чего на рану накладывают окклюзионную повязку (герметизирующую). Для этого края раны обрабатывают антисептиком и накладывают стерильную салфетку. На кожу вокруг раны наносят вазелин или мазь, снаружи прикладывают воздушонепроницаемую ткань (клеенку, пленку, прорезиненную оболочку индивидуального перевязочного пакета), затем пелот (подушечку) и снаружи фиксируют лейкопластырем.

Вводят обезболивающие, антигистаминные средства, кладут холод на место повреждения. При признаках шока проводят протившоковую терапию, при продолжающемся кровотечении вводят гемостатические средства. Пострадавшего срочно транспортируют в хирургическое отделение в положении лежа. Во время транспортировки необходимо наблюдать за сознанием пострадавшего, пульсом, дыханием.

При клапанном пневмотораксе необходимо срочно снизить давление в плевральной полости с помощью ее пункции. Для этого в положении пострадавшего полулежа под местной анестезией 0,25—0,50 % раствором новокаина во втором межреберье по средне-ключичной линии по верхнему краю III ребра в плевральную полость вводят толстую иглу (иглу Дюфо, торакальную иглу с клапаном). При этом раздается свистящий звук выходящего из плевральной полости воздуха. На рану грудной стенки накладывают окклюзионную повязку, а иглу фиксируют на время транспортировки больного в стационар.

Л е ч е н и е. В стационаре лечение начинают с продолжения протившоковых мероприятий. Под общим обезболиванием проводят первичную хирургическую обработку раны.

При наличии признаков гемоторакса необходимо определить, продолжается ли кровотечение или остановилось. Кровь, излившаяся в плевральную полость, при условии прекращения кровотечения в ближайшие часы свертывается, а затем вновь становится жидкой, поэтому если при пункции плевральной полости пунктат, вылитый в пробирку, не свертывается, кровотечение остановилось. Если же взятая в пробирку кровь свертывается, то скорее всего кровотечение продолжается. Небольшой гемоторакс требует консервативной терапии: покоя, проведение плевральных пункций (рис. 14.2), назначения гемостатических препаратов, антибиотиков.

При продолжающемся активном кровотечении выполняют торакотомию, остановку кровотечения, дренирование плевральной полости по Бюлау.

Спонтанный пневмоторакс. Спонтанный пневмоторакс развивается внезапно, часто после физического напряжения. Основной

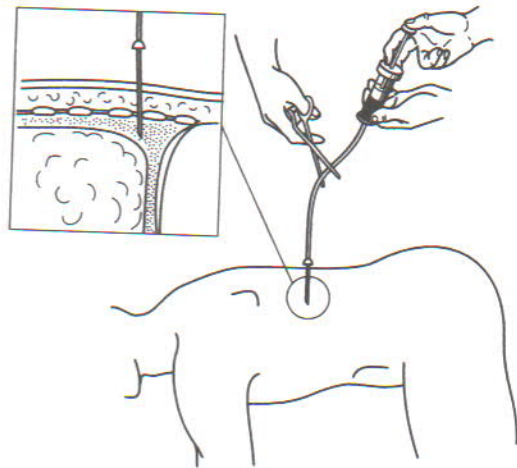


Рис. 14.2. Плевральная пункция

причиной являются разрыв буллезно-измененной части легкого, пораженной туберкулезом, опухолью или кистозным процессом. Спонтанный пневмоторакс может быть закрытым, открытым или клапанным.

Клиническая картина. При возникновении спонтанного пневмоторакса внезапно появляются сильные боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании и физическом напряжении. Боль может быть настолько сильной, что развивается клиническая картина шока: кожа становится цианотичной, холодной, покрывается липким потом, падает АД, пульс становится частым, поверхностным. Появляется одышка, которая при клапанном пневмотораксе быстро нарастает. Человек старается занять положение полулежа.

При осмотре отмечают отставание одной половины грудной клетки при дыхании. При клапанном пневмотораксе пораженная сторона грудной клетки может быть несколько расширена, межреберные промежутки выбухают. Прогрессирующее повышение давления в плевральной полости при этом виде пневмоторакса приводит к значительному сдавлению легких и смещению органов средостения в здоровую сторону, а иногда — к прекращению деятельности сердца.

Тактика. При клапанном пневмотораксе купируют болевой синдром и ликвидировать нарастающую дыхательную недостаточность. Для этого необходимо сделать пункцию плевральной полости. Как можно раньше нужно начать оксигенотерапию.

При спонтанном пневмотораксе госпитализация пострадавшего в хирургический стационар обязательна.

Лечение. Выполняют первичную хирургическую обработку раны грудной клетки, а плевральную полость дренируют по Бюллу. При необходимости выполняют торакотомию, ушивая поврежденное легкое или бронх.

14.4. Воспалительные заболевания легких и плевры

Острая эмпиема плевры. Острый гнойный плеврит, который возникает при прорыве абсцесса в плевральную полость, а также в результате инфицирования серозного выпота при пневмонии или крови при ранениях грудной клетки (гемотораксе), называется острой эмпиемой плевры. Возбудители, вызывающие эмпиему, разнообразны: это пневмо-, стрепто-, стафилококк. Гнойный плеврит бывает осумкованным или распространенным.

Клиническая картина. Заболевание протекает остро. Пациенты предъявляют характерные жалобы на кашель с выделением мокроты, боли в груди, одышку, повышенную потливость. Появляются признаки интоксикации организма — повышение температуры тела до $39-40^{\circ}\text{C}$, одышка, цианоз слизистых оболочек, тахикардия. Над пораженным участком могут быть отечность кожи, гиперемия, болезненность при пальпации.

При осмотре пораженная сторона грудной клетки отстает в дыхании; при перкуссии наблюдается притупление легочного звука; при аускультации — ослабление или отсутствие дыхания и голосового дрожания. В крови определяют нейтрофильный лейкоцитоз ($20 \dots 30 \cdot 10^9/\text{л}$), повышенную СОЭ ($60-70 \text{ мм/ч}$), анемию; в анализе мочи — белок, цилиндры. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием грудной клетки. В плевральном пунктате высеваются стафило-, стрепто- и пневмококки, реже туберкулезная палочка.

Тактика. При подозрении на гнойный плеврит больного необходимо госпитализировать в торакальное хирургическое отделение.

Лечение. Основное место в лечении занимает антибиотикотерапия в максимальных дозах (внутрь, внутримышечно, внутривенно). Интраплеврально лекарственные средства вводятся после удаления гноя из плевральной полости. Полость плевры промывают раствором антисептиков, а затем вводят протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин и др.). Для борьбы с интоксикацией проводится дезинтоксикационная терапия (внутривенные вливания глюкозы с инсулином, гемодеза, препаратов крови и др.). Парентерально вводятся витамины группы В и С, применяется оксигенация.

При безуспешности пункционной терапии проводят дренирование плевральной полости с активной или пассивной аспирацией.