**Гнойный медиастинит**

Гнойный медиастенит - гнойное воспаление клетчатки средостения.

**Этиология:**

* флегмона шеи
* повреждения трахеи и бронхов
* эмпиемы, абсцессы легких
* гнойные перикардиты
* переход воспаления с позвоночника, грудины, ребер
* осложнения при операциях на средостении
* перфорации пищевода (инородным телом, при эндоскопии диагностической и лечебной, "банкетный синдром")

**Патогенез:** выделяют первичный ( самостоятельное заболевание) и вторичный медиастенит. При вторичном медиастените основными путями проникновения инфекции в клетчатку являются контактный, лимфогенный и гематогенный. Чаще всего встречается медиастенит верхнего средостения

**Клиника:** заболевание протекает крайне тяжело, развиваются гипертермия до 39-40 градусов, ознобы, тахикардия до 120-140 уд.в минуту, одышка, боль за грудиной с иррадиацией в шею и межлопаточное пространство. Боль усиливается при глотании, наблюдается дисфагия. Возможна крепитация за счет подкожной эмфиземы. При осмотре шеи отмечается воспалительный инфильтрат, доходящий до ключицы.

 По течению выделяют:

1. молниеносную форму, когда больные погибают в первые 2 суток.
2. острая форма с менее бурной клиникой.
3. подострая форма – очень редко (при массивной антибиотикотерапии.)
4. хроническиая форма при туберкулезных поражениях, грибковых заболеваниях, после острого медиастенита и т.д.

 **Диагностика:**  производят рентгенографию грудной клетки в 2 прекциях, при этом выявляется расширение тени средостения,свободный воздух или уровень жидкости в средостении. При контрастном исследовании пищевода можно выявить затек

контраста за пределы пищевода. При ФГС - можно определить разрыв пищевода. При развитии сопутствующего плеврита - выявляют жидкость в плевральной полости.

 **Лечение:** экстренное хирургическое вмешательство производится сразу после установления диагноза. Операция заключается в медиастинотомии - вскрытии

средостения из шейного доступа или лапаротомного доступа, или используют их сочетание для активного промывания и санации средостения. При повреждениях пищевода возможны:

 1)дренирование зоны разрыва + гастростома

 2)экстирпация пищевода с эзофагостомой и гастростомой

 3)экстирпация пищевода с одномоментной ее пластикой.

Производят дренирование клетчатки средостения, чаще шейным доступом. Проводят массивную дезинтоксикационную терапию, антибиотикотерапию, птание осуществляется через мягкий зонд.

 **Осложнения:** Из гнойного очага процесс может распространятся в разных направлениях. При медиастените переднего средостения гной может проложить путь наружу путем расплавления ткани межреберных промежутков. В других случаях гной может разрушить плевру или перикард, что сопровождается плевритом, эмпиемой плевры. перикардитом. При заднем медиастените гной может рапсространится на забрбшинную клетчатку между мышечными пчками диафрагмы

**Прогноз:** Летальность при медиастините крайне высокая, прогноз всегда очень серьезен. даже при хронических формах, и зависит от характера основного заболевания. возбудителя и его его входных ворот.

**ПАРАПРОКТИТ**

Парапроктит - гнойное воспаление параректальной клетчатки.

**Этиология:** чаще всего инфекция (колибациллярная, энтерококковая, анаэробная) в параректальную клетчатку попадает при травмах промежности и прямой кишки, при

воспалении анальных крипт, геморрое, анальной трещине.

**Патогенез:**  по локализации гнойного процесса различают

* подкожный,
* подслизистый,
* исшиоректальный,
* ретроректальный,
* тазовопрямокишечный парапроктит.

 По течению: острый, хронический парапроктиты.

**Клиника:** заболевание начинается с недомогания, болей в промежности, усиливающихся при дефекации. Температура повышается до 38-40 градусов с ознобами. При поверхностных формах (подкожный парапроктит) появляется гиперемия и отек кожи промежности, ягодиц. При глубоких парапроктитах видимых изменений нет. При ректальном пальцевом исследовании выявляются резкая боль, инфильтрация и выбухание стенок прямой кишки. При несвоевременном обращении или диагностике гнойник может вскрываться наружу в промежность или прямую кишку, с формированием свищей. С этого времени начинается переход острого парапроктита в хронический, свищи бывают неполные наружные или внутренние, и полные,

один конец которых имеет сообщение с прямой кишкой, второй конец открывается наружу.

**Диагностика:** основной метод диагностики – пальцевое ректальное исследовнаие. оно резко болезненно и из-за спазма сфинктеров часто невозможно

**Лечение:** при остром парапроктите показано оперативное лечение - вскрытие гнойника под контролем пальца, введенного в прямую кишку. Необходимо следить, чтобы не повредить наружный сфинктер. При гнилостных и анаэробных парапроктитах показано широкое вскрытие, некрэктомия, дренирование.

После операции - антибиотикотерапия, ГБО, дезинтоксикационная терапия, бесшлаковая щадящая диета. При хронических парапроктитах выполняют иссечение свищей.

**Прогноз:** зависит от формы заболевания, возбудителя, его входных ворот и осложнений.

**ФЛЕГМОНА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

**Этиология:** чаще всего развивается при

* ретроперитонеальном аппендиците,
* при панкреонекрозах, при разрывах забрюшинной части 12-перстной кишки,
* при остеомиелите тазовых костей и позвонков.

 **Клиника:** начало забрюшинной флегмоны наслаивается на течение основного заболевания и практически не выявляется. В разгаре болезни - боли в поясничных областях, вынужденное положение больных с приведен ными к животу ногами, постепенное повышение температуры тела с ознобами, ухудшение состояния больных после определенного светлого промежутка. При обследовании больных выявляют боли в поясничных областях, боли в животе, парезы кишечника.

**Диагностика:** диагноз ставится по клинике. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - стертость контуров поясничной мышцы, чаще с обеих сторон, возможно наличие жидкости. На УЗИ и компьютерной томографии выявляются признаки инфильтрации забрюшинной клетчатки, нередко ячеистой структуры.

 **Лечение:** оперативное. Нужно стараться вскрыть забрюшинную флегмону забрюшинно, для чего выполняют либо люмботомию, либо лапартомию, вскрытие сальниковой сумки и забрюшинного пространства с последующей изоляцией - марсупиализация. Оперативное лечение сочетают с комплексом консервативного лечения.

**Список литературы:**

1. «Справочник практического врача» В.И. Бородулин; том 1,2 М: «Рипол классик», 2001г.
2. «Оперативная хирургия» Г.Е. Островерхов; М: «Литера», 1996г.
3. «Хирургическая анатомия фасций и клетчаточных пространств человека» Кованов В.В., Аникина Т.И. М, 1961г.
4. «Хирургия средостения» Петровсикй Б.В., М,1970г.
5. «Гнойная хирургия» Стручков В.И., М,1962г.
6. «Частная хирургия» Ю.Л. Шевченко, СПб., 1998г.