

**БПОУ Омской области «Медицинский колледж»
ЦК Лечебное дело**

° ПМ. 01. Диагностическая деятельность

**МДК. 01.01. Пропедевтика клинических дисциплин
Раздел 4. Диагностика заболеваний внутренних
органов**

**Тема: Диагностика абсцесса легких,
бронхоэктатической болезни.**

Преподаватель: Аникушкина Л. А.

Цель занятия: формирование профессиональных компетенций.

- **ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.**
- **ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.**
- **ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.**

ТЕМА: Диагностика абсцесса легких, бронхоэктатической болезни

- 1. Определение**
- 2. Этиология и патогенез**
- 3. Классификация**
- 4. Клиническая картина**
- 5. Диагностика**

Абсцесс легкого

- **Абсцесс (лат. abscessus - нарыв, гнойник).**
- **Абсцесс лёгкого — заболевание, характеризующееся массивным некрозом с последующим гнойным или гнилостным распадом лёгочной ткани.**

Этиология

**анаэробы, стафилококки,
стрептококки, синегнойная
палочка, кишечная палочка,
микобактерии, грибы,
паразиты.**

Факторы риска

- **Алкоголизм**
- **Наркомания**
- **Эпилепсия**
- **Иммунодефицит**
- **Сахарный диабет**
- **Инородные тела дыхательных путей**
- **Желудочно-пищеводный рефлюкс**
- **Синусит**
- **Операции на желудке и пищеводе**

Пути инфицирования

- **Бронхогенный**
- **Аспирационный**
- **Гематогенный**
- **Лимфогенный**
- **Травматический**

Формы абсцесса легких:

- **острый**
- **хронический**
- **гангренозный**

Патогенез абсцесса лёгкого

- ✓ Под действием патогенной микрофлоры происходит инфильтрация (воспаление) легочной ткани, затем локальный некроз и гнойное расплавление.
- ✓ Затем наступает прорыв абсцесса в бронх, реже в плевральную полость.

В клинической картине абсцесса легких различают два периода:

I период — до вскрытия абсцесса;

II период — после вскрытия абсцесса.

I период (формирование абсцесса).

Жалобы: на слабость, потерю аппетита, кашель со скудной мокротой, боль в грудной клетке, лихорадку (вначале умеренно высокую, затем гектическую). Повышение температуры тела сопровождается ознобом и выраженной потливостью. Если абсцесс развивается на фоне острой пневмонии, отмечается затяжное течение лихорадки.

- При перкуссии: над местом абсцесса отмечается притупление перкуторного звука;
- При аускультации: ослабленное дыхание, иногда — сухие хрипы.
- ОАК: нейтрофильный гиперлейкоцитоз со сдвигом влево и значительное ускорение СОЭ.
- Рентгенологическая картина не характерна: обычно определяется крупноочаговое затемнение с неровными краями.

I период продолжается в среднем 10—12 дней.

- **Второй период абсцесса** легких начинается с прорыва гнойника в бронх, при этом отделяется большое (полным ртом) количество гнойной мокроты со зловонным запахом.
- Суточное количество мокроты определяется величиной полости и колеблется от 200—300 мл до 1 л. Отстоявшаяся мокрота делится на три слоя: верхний — пенистый, средний — водянистый, нижний — гнойный.

- После прорыва абсцесса в бронх: снижается температура тела, уменьшается потливость, улучшаются аппетит, общее самочувствие.
- При сообщении абсцесса с бронхом полость обычно до половины заполнена гнойной жидкостью, выше уровня которой содержится воздух.
- Над участком притупления перкуторного звука может определяться тимпанический звук.
- При аускультации иногда удается прослушать амфорическое дыхание и влажные хрипы различного калибра, часто крупнопузырчатые.

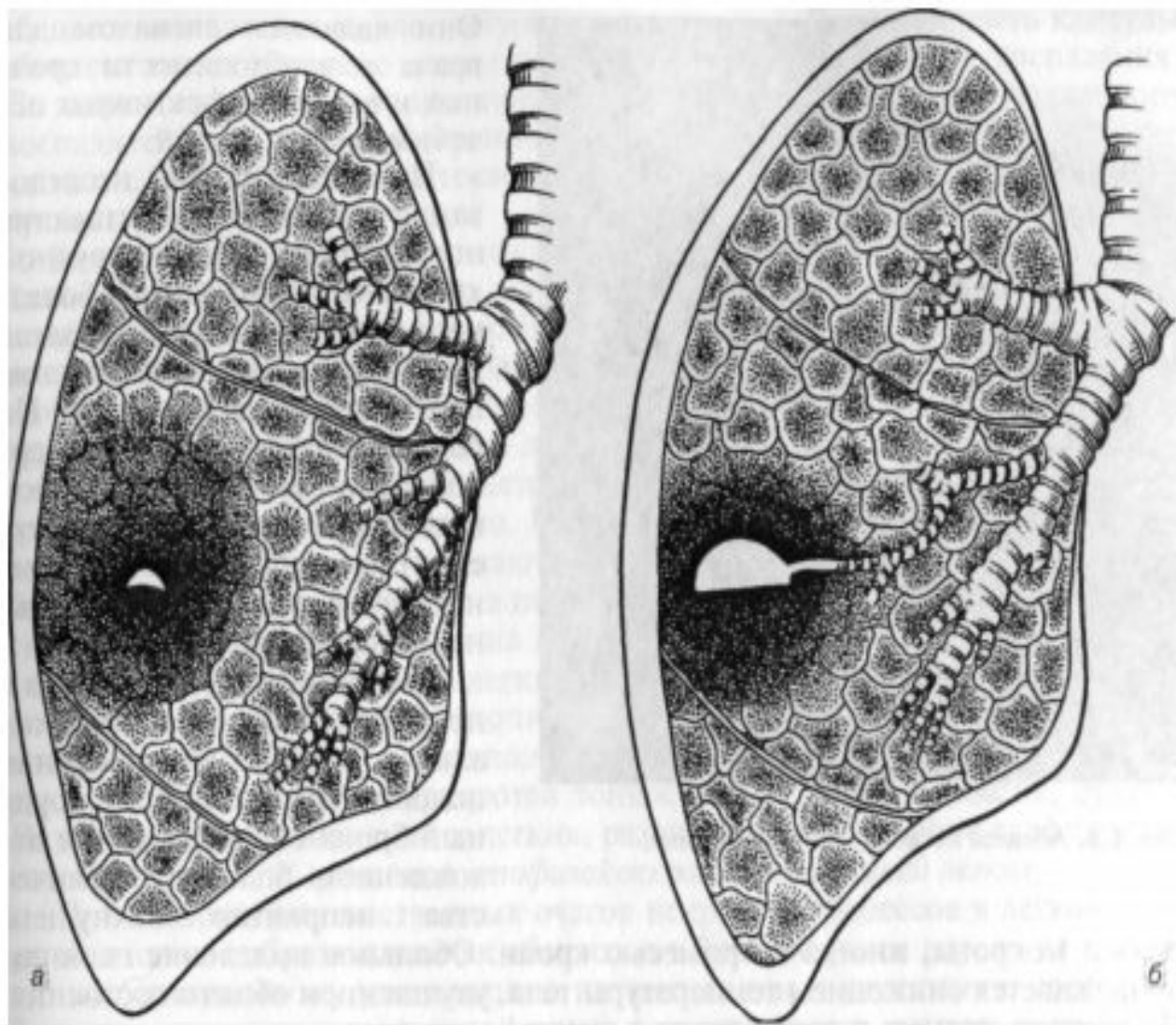
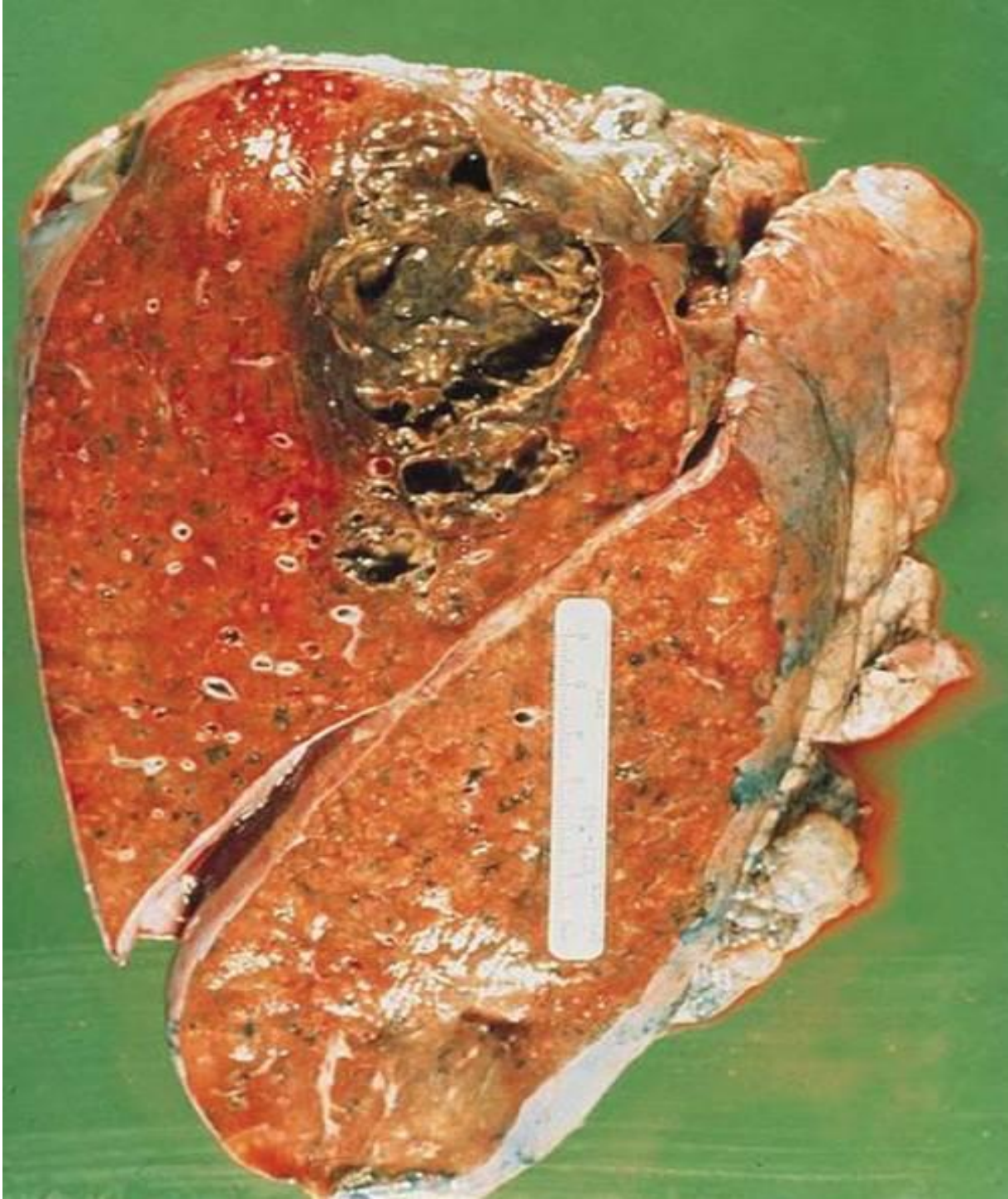
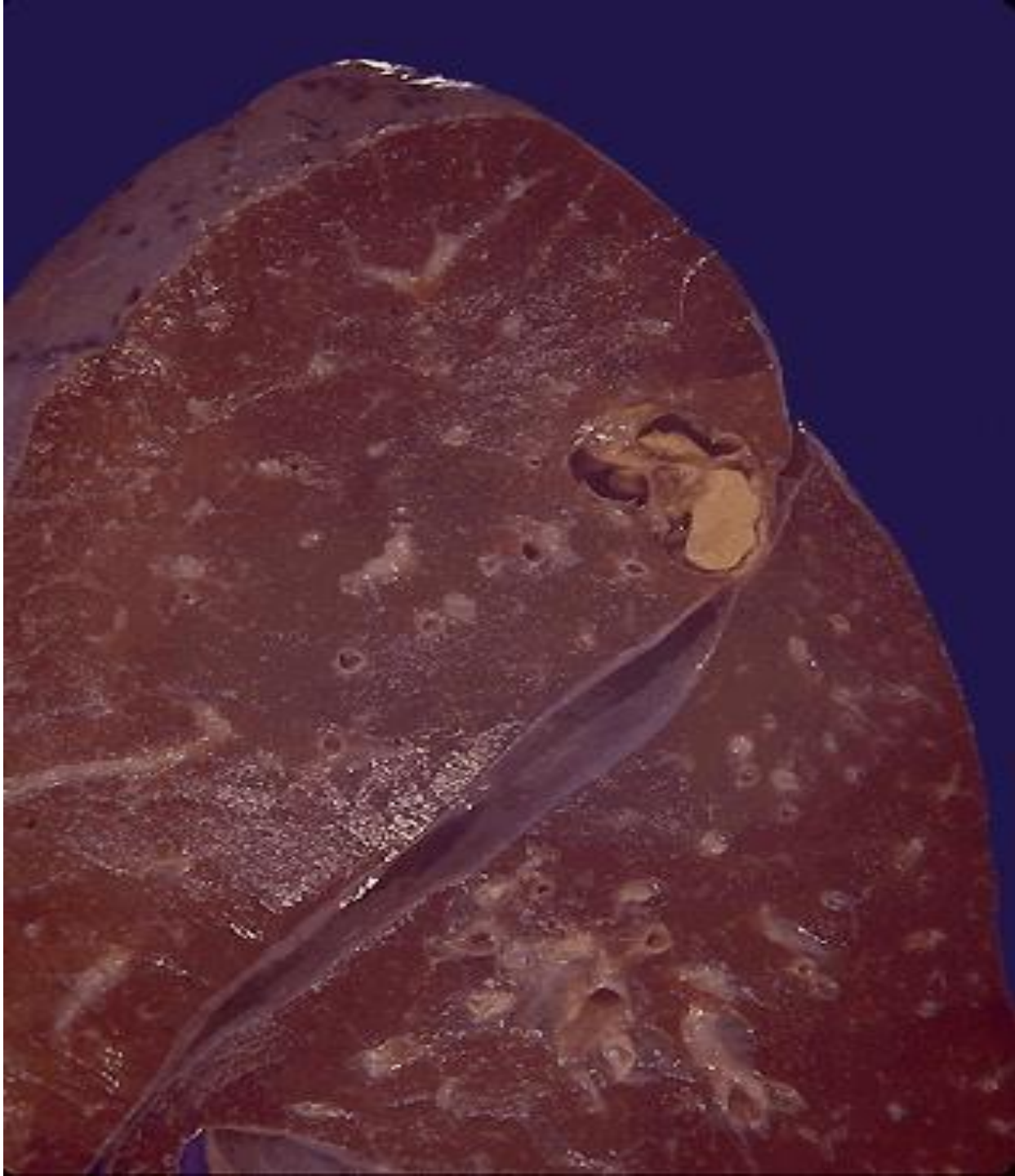


Рис. 6.5. Образование гнойного абсцесса.

а — нагноение в центре инфильтрата; б — прорыв гнойника в бронх.





- **При благоприятном течении происходит постепенное заживление абсцесса с нормализацией температуры тела и картины крови, прекращением выделения мокроты, исчезновением явлений интоксикации.**

Хронический абсцесс легкого

Жалобы: на кашель с выделением гнойной мокроты, субфебрильную температуру, слабость.

В результате хронической интоксикации

развивается анемия, уменьшается масса

тела, пальцы приобретают вид барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол.



Осложнения абсцесса легкого

- прорыв гнойника в плевральную полость
- легочное кровотечение
- напряженный клапанный пневмоторакс
- септикопиемия
- вторичные бронхоэктазы
- амилоидоз

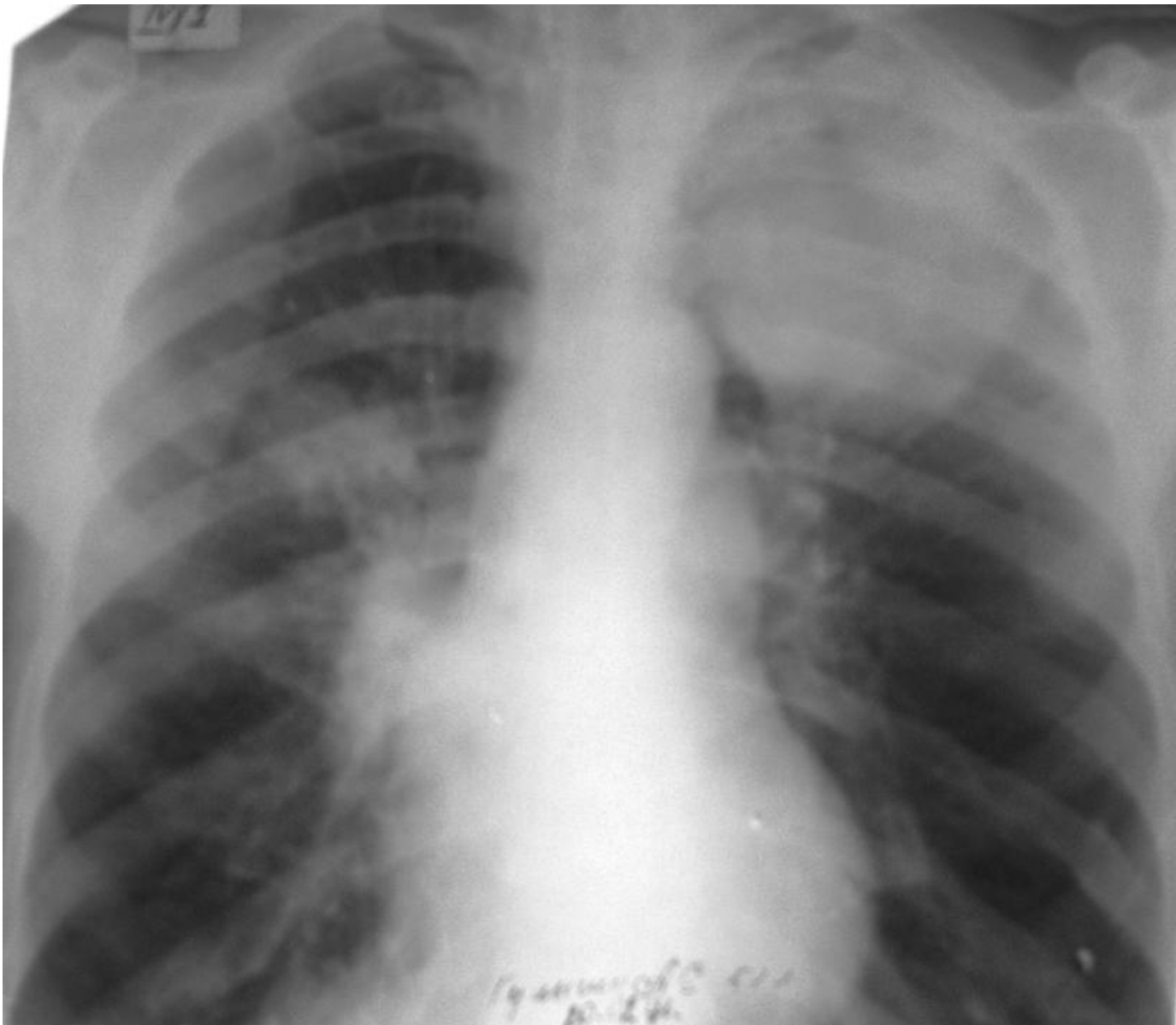
Дополнительные методы диагностики

Лабораторные:

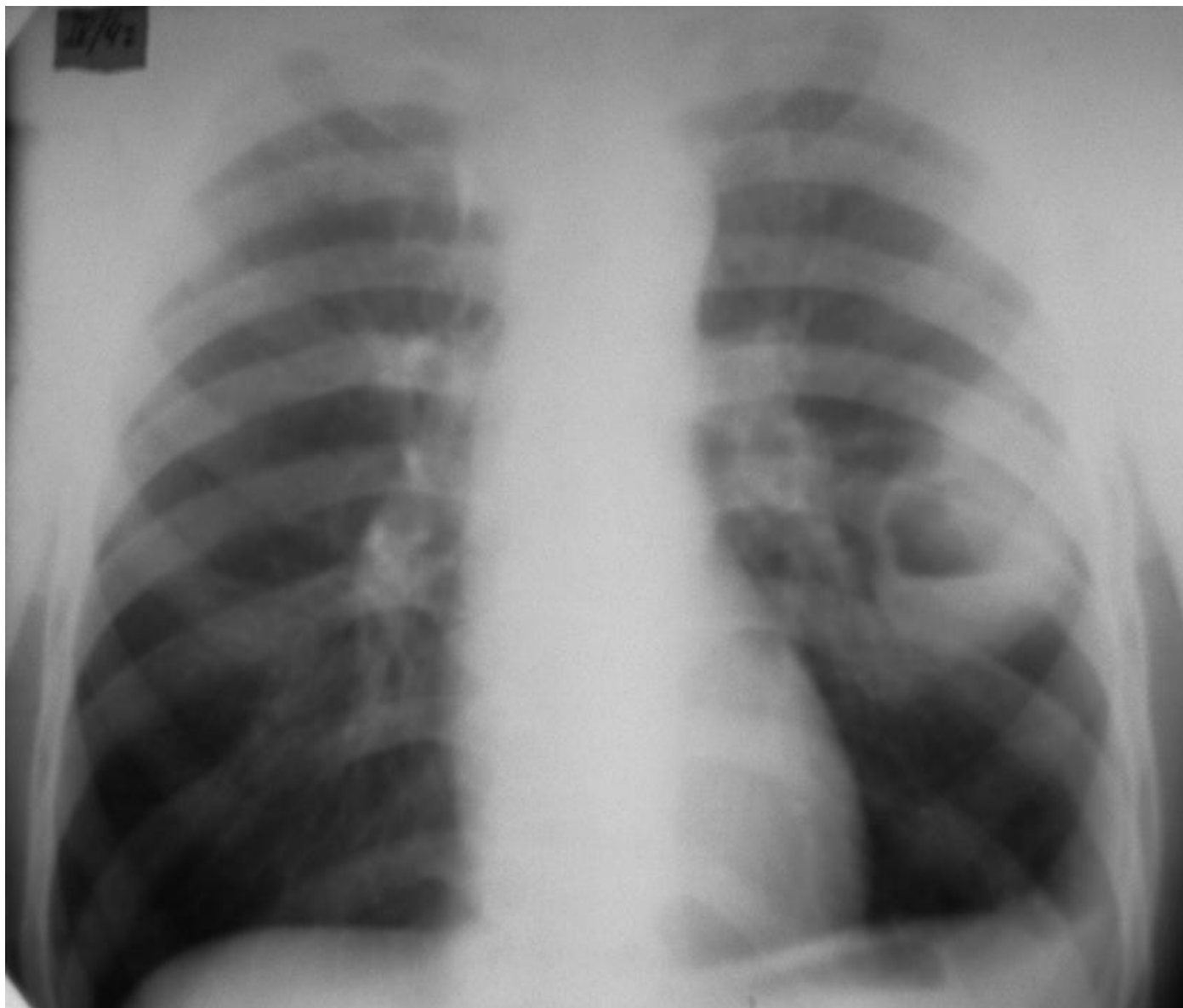
- **ОАК (общий анализ крови)** – нейтрофильный гиперлейкоцитоз со сдвигом влево и увеличение СОЭ.
- **Анализ мокроты** — мокрота гнойная.
- **Бак. посев мокроты** и определение чувствительности к антибиотикам.
- **БАК (биохимический анализ крови)** контроль общего белка.

инструментальные

- **Рентгенография легких**
(на рентгенограмме после прорыва полости - просветление с уровнем жидкости)
- **Бронхоскопия**







Бронхоэктатическая болезнь (бронхоэктазия)

- **заболевание, характеризующееся, локализованным хроническим нагноительным процессом в необратимо измененных (расширенных, деформированных) бронхах преимущественно в нижних отделах.**

Классификация бронхоэктатической болезни

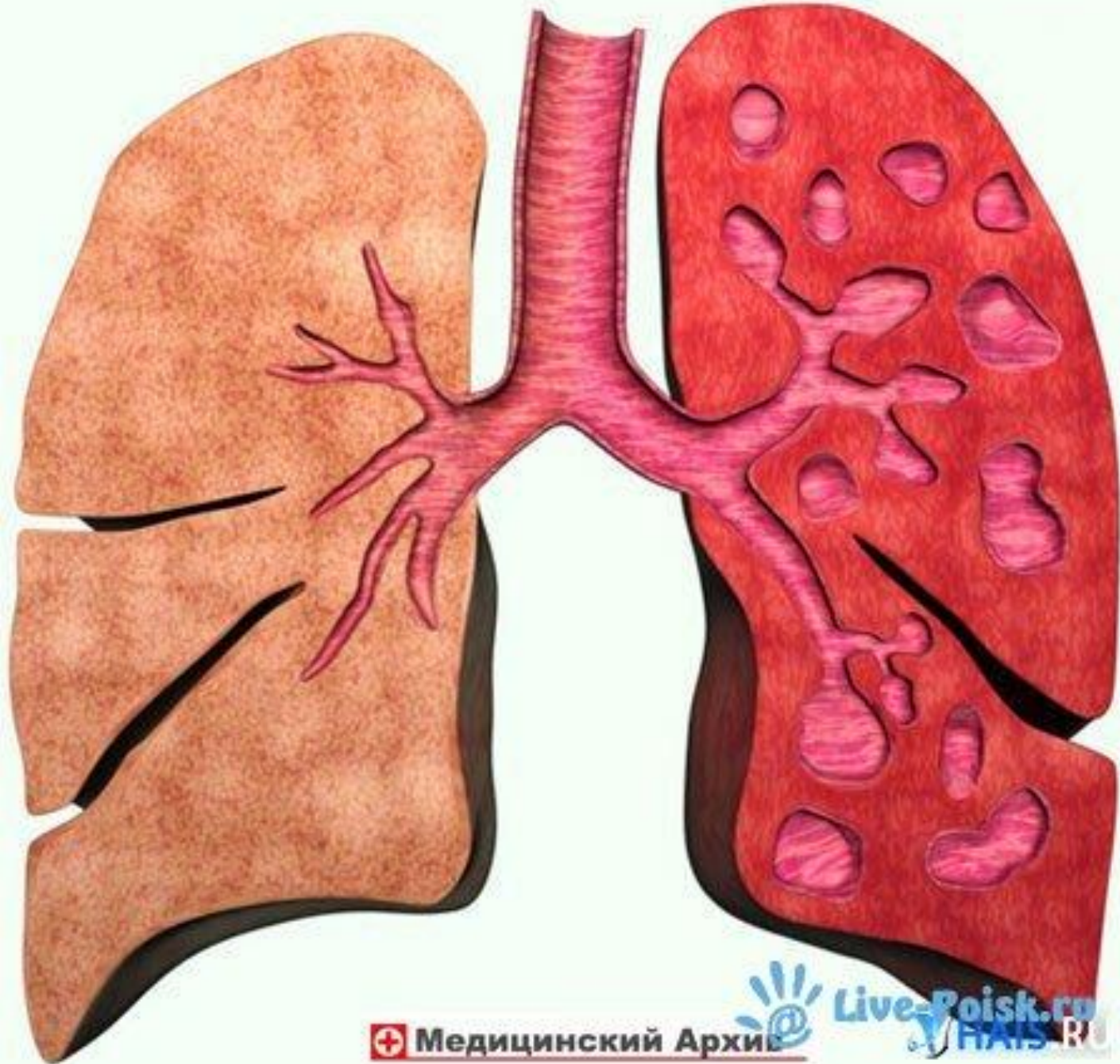
**В зависимости от формы
расширения**

бронхов различают бронхоэктазы:

- а) цилиндрические**
- б) мешотчатые**
- в) веретенообразные**
- г) смешанные**

Норма

Бронхоэктатическая болезнь





Клиника и диагностика бронхоэктатической болезни

Жалобы: на кашель с отделением значительного количества гнойной мокроты утром, иногда кровохарканье, одышку при физической нагрузке, повышение температуры, слабость, потливость, снижение аппетита, похудание.

Объективно: кожные покровы бледные. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». При наличии эмфиземы грудная клетка бочкообразная. Перкуторно притупление перкуторного звука. При аускультации жесткое или ослабленное дыхание и хрипы.

- **Наибольшее количество мокроты откашливается по утрам (иногда «полным ртом»), а также при принятии дренажных положений (поворот на «здоровый» бок, наклон туловища вперед и др.). В периоды ремиссий мокрота может не отделяться .**

- **Кровохарканье и легочные кровотечения бывают единственным признаком «сухих» бронхоэктазов, характеризующихся отсутствием в расширенных бронхах нагноительного процесса.**
- **Температура поднимается, как правило, в периоды обострений. Высокая лихорадка, снижающаяся после откашливания обильной застоявшейся мокроты, иногда наблюдается у более тяжелых пациентов.**

Дополнительные методы диагностики

Лабораторные:

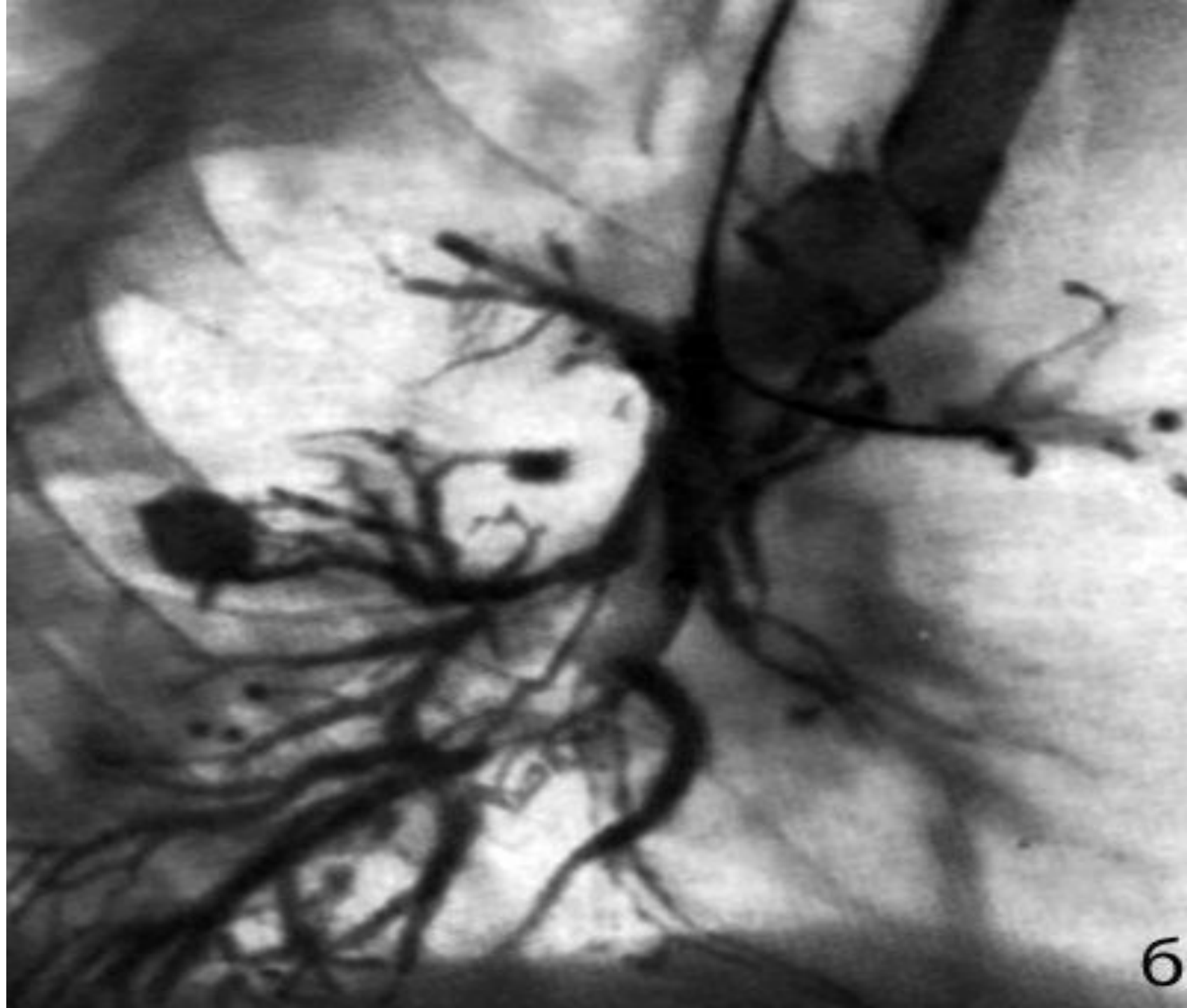
- **ОАК (общий анализ крови)** – признаки анемии, нейтрофильный лейкоцитоз и увеличение СОЭ.
- **Анализ мокроты** — мокрота чаще слизисто-гнойная.
- **Бак. посев мокроты** и определение чувствительности к антибиотикам.
- **БАК (биохимический анализ крови).**

инструментальные

- Рентгенография легких
- Бронхоскопия
- Бронхография
- Спирометрия (пикфлоуметрия)

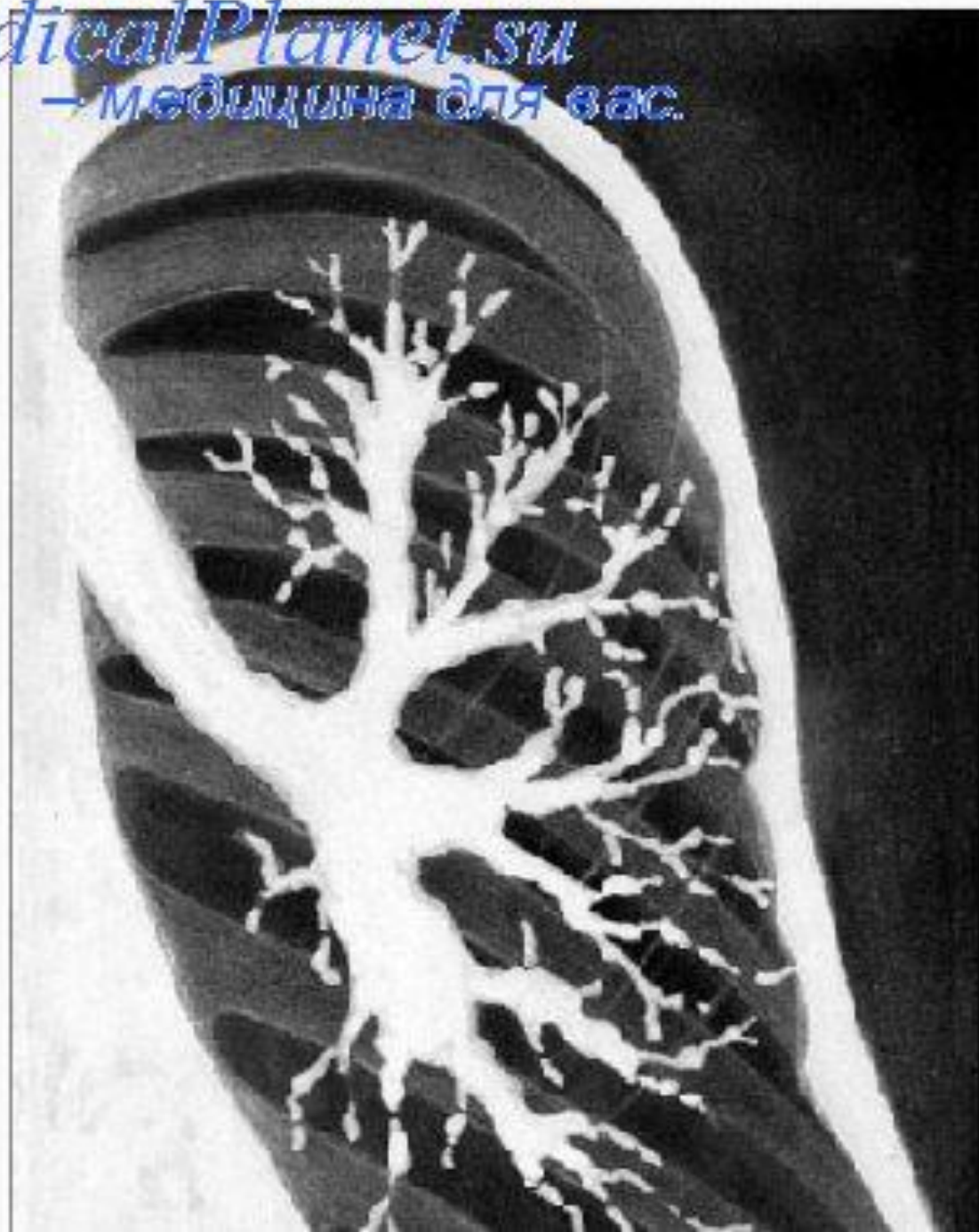


Рис. Бронхограммы: а — в норме (дана для сравнения); б — при мешотчатых бронхоэктазах.

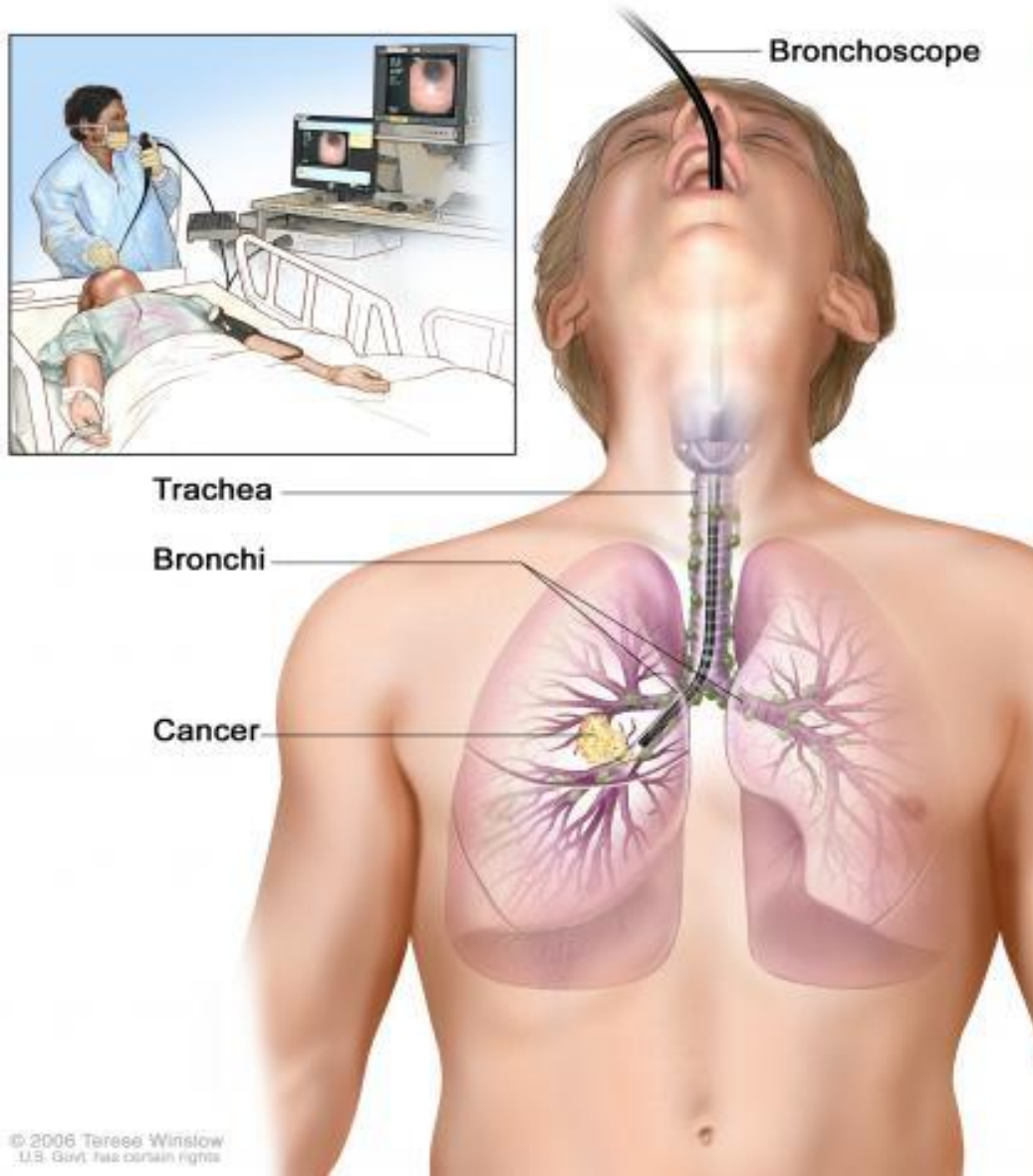


MedicalPlanet.su

— медицина для вас.



БРОНХОСКОПИЯ



БРОНХОСКОП



*ООО «МПО Медснаб»
(495) 921-4568*





7.9.2005

Легочное сердце

- гипертрофия и дилатация правых отделов сердца, которые развиваются в результате повышения давления в легочной артерии на фоне заболеваний легких, бронхов, плевры, легочных сосудов или деформации грудной клетки.

КЛАССИФИКАЦИЯ.

- По характеру течения выделяют острое, подострое и хроническое легочное сердце.

Острое легочное сердце

- характеризуется острой, часто внезапно развивающейся недостаточностью правого желудочка без предварительной его гипертрофии. Подобная ситуация возникает в результате быстрого и резкого подъема давления в легочной артерии.



- **Причины:**

- тромбоз эмболии главного ствола или крупных ветвей легочной артерии;
- тяжелый вентиляционный пневмоторакс;
- двусторонняя обширная пневмония и др.

- В основе **подострого легочного сердца** лежит более постепенное, но неуклонно прогрессирующее повышение давления в легочной артерии, вследствие чего сначала развивается гипертрофия миокарда правого желудочка, а затем быстро, через несколько недель или месяцев, наступает его недостаточность.

- **При хроническом легочном сердце (ХЛС)** повышение давления в легочной артерии происходит медленно и постепенно. Соответственно, в течение длительного периода имеется только гипертрофия правого желудочка. Его недостаточность развивается, как правило, через несколько лет или десятилетий.

Этиология

Заболевания бронхолегочного аппарата:

- Обструктивные заболевания (ХОБЛ, бронхиальная астма, эмфизема легких)
- Фиброз легких (следствие туберкулеза, пневмокониозов, бронхоэктазов, повторные пневмонии, радиация)
- Врожденная патология (муковисцидоз, поликистоз, гипоплазия)

Заболевания с первичным поражением легочных сосудов:

СОСУДОВ:

- Узелковый периартериит и другие системные васкулиты
- Повторные тромбоэмболии в мелкие ветви легочной артерии
- Первичная легочная гипертензия
- Первичный легочный тромбоз

Торакодиафрагмальные поражения:

- Деформации грудной клетки (кифозы, сколиозы, болезнь Бехтерева)
- Обширные плевральные шварты
- Ожирение (Пиквикский синдром)
- Миастения, полиомиелит
- Самая частая причина развития ХЛС - ХОБЛ.

По состоянию компенсации

выделяют:

- **компенсированное легочное сердце;**
- **декомпенсированное легочное сердце.**

ПАТОГЕНЕЗ.

Основные звенья патогенеза ХЛС при обструктивных заболеваниях легких:

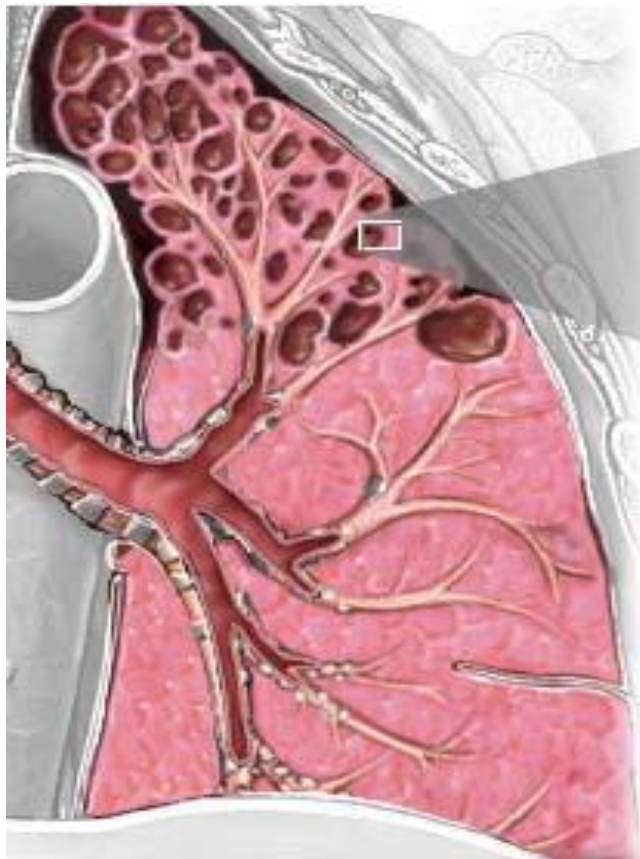
- нарушение бронхиальной проходимости (обструкция);
- уменьшение дыхательной поверхности (рестрикция);
- неравномерность альвеолярной вентиляции;
- альвеолярная гипоксия;
- артериальная гипоксемия;
- повышение тонуса артериол;
- длительный спазм легочных артерий;
- легочная гипертензия;
- гипертрофия правого желудочка;
- гипертрофия правого предсердия;
- метаболические нарушения миокарда;
- дилатация и недостаточность правого желудочка.

Клиника ХЛС

- Одышка
- Цианоз
- Набухшие вены шеи
- Отеки
- Асцит.



Эмфизема лёгких

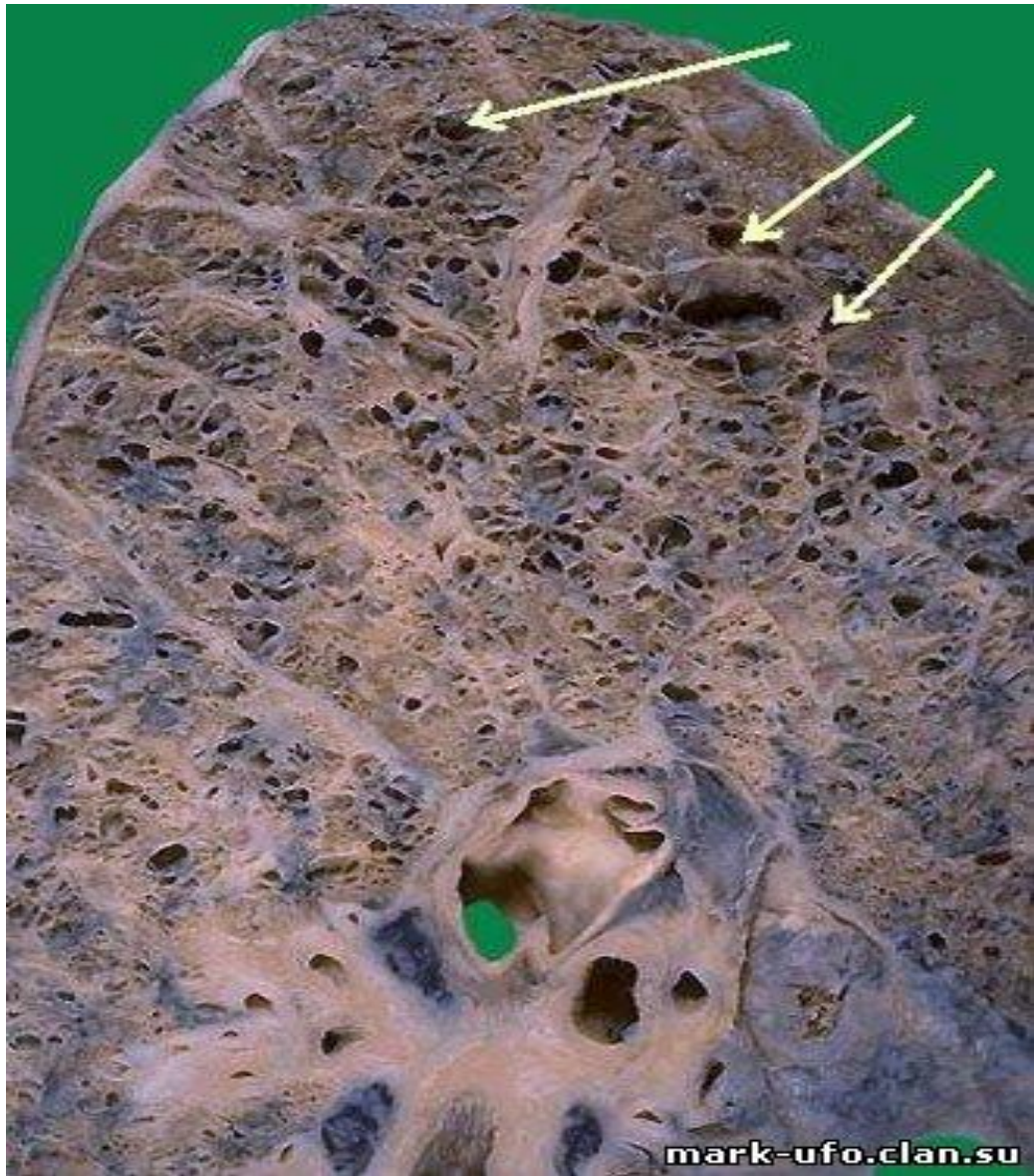


Alvèols amb enfisema



Vista al microscopi
alvèols pulmonars





mark-ufo.clan.su



Spirometry

