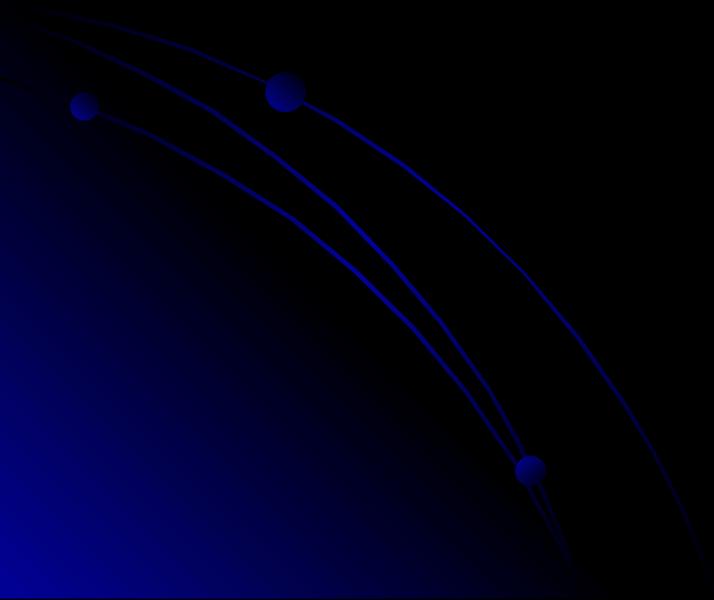
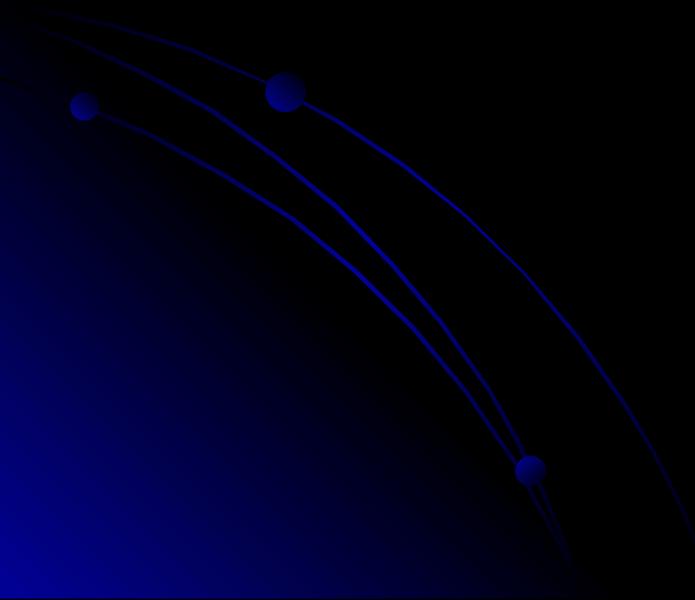


Гнойные заболевания легких и плевры



- 1. Острый абсцесс и гангрена легких
- 2. Хронический абсцесс:
- 3. Бронхоэктазии:
- 4. Эмпиема плевры



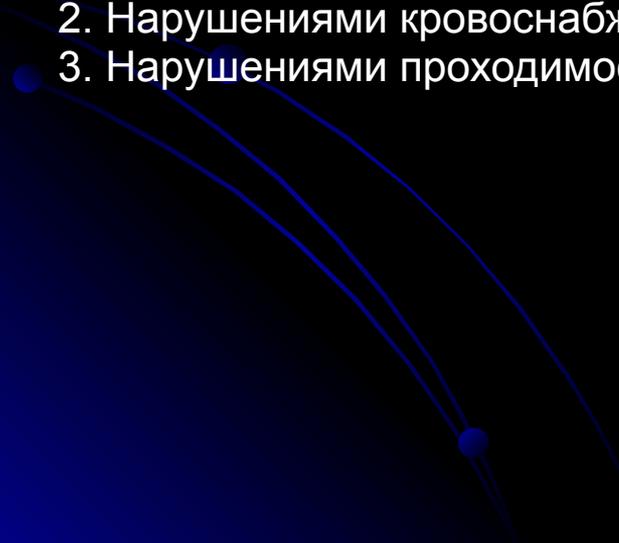
Острый абсцесс и гангрена легких.

Острые абсцессы (простой, гангренозный) и гангрена легких относятся к группе гнойно-деструктивных поражений этого органа и первоначально проявляются возникновением некроза легочной паренхимы. В последующем, в зависимости от резистентности организма больного, вида микробной флоры и соотношения альтеративно-пролиферативных процессов, происходит или секвестрация и отграничение некротических участков, или прогрессирующее гнойно-гнилостное расплавление окружающих тканей и развивается та или иная форма острого нагноения легких.

Этиопатогенез:

Острые абсцессы и гангрена легких чаще всего вызываются стафилококком, грамотрицательной микробной флорой и неклостридиальными формами анаэробной инфекции. В зависимости от путей проникновения микробной флоры в паренхиму легкого и

причины, с которой связывают начало воспалительного процесса, абсцессы и гангрены легких делят на бронхогенные (аспирационные, постпневмонические и обтурационные), гематогенно-эмболические и травматические. Однако во всех случаях возникновение заболевания определяется сочетанием и взаимодействием трех факторов:

1. Острым инфекционным воспалительным процессом в легочной паренхиме;
 2. Нарушениями кровоснабжения и некрозом легочной ткани;
 3. Нарушениями проходимости бронхов в зоне воспаления и некроза.
- 

Клиническая картина:

Заболевание начинается внезапно: на фоне полного благополучия возникают озноб, повышение температуры тела до 38-39 С^о, недомогание, тупые боли в грудной клетке. Часто больной точно называет дату и даже часы, когда появились признаки заболевания.

Состояние больного сразу становится тяжелым. Определяются тахикардия и тахипноэ, гиперемия кожных покровов лица. Вскоре может появиться сухой. Реже влажный кашель.

Другие объективные признаки болезни в первые дни обычно отсутствуют. Они появляются лишь при вовлечении в процесс двух и более сегментов легких: укорочение перкуторного звука над зоной поражения легкого, ослабление дыхательных шумов и крепитирующие хрипы. В анализах крови появляются нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ. На рентгенограммах в начальной фазе заболевания определяется воспалительная инфильтрация легочной ткани без четких границ, интенсивность и распространенность которой в последующем могут нарастать.

В типичных случаях первая фаза гнойно-некротического расплавления

легкого продолжается 6-8 дней, а затем происходит прорыв гнойника в бронхи. С этого момента условно можно выделить вторую фазу - фазу открытого легочного гнойника. Ведущим клиническим симптомом этого периода является выделение гнойной или гнилостной мокроты, которая может содержать примесь крови. После того, как абсцесс начал опорожняться через дренирующий бронх, состояние больного улучшается: снижается температура тела, появляется аппетит, уменьшается лейкоцитоз. Изменяются физикальные данные: уменьшается область укорочения перкуторного звука, появляются симптомы наличия полости в легком. При рентгенологическом исследовании в эти сроки на фоне воспалительной инфильтрации легочной ткани обычно четко видна полость абсцесса с горизонтальным уровнем жидкости.

Клинические признаки гангрены легкого отличаются значительно большей выраженностью симптомов общей интоксикации. Гангрене легкого, как правило, свойственны быстро наступающие резкое снижение массы тела, бурное нарастание анемии, тяжелые признаки гнойной интоксикации и легочно-сердечной недостаточности, обуславливающие крайне тяжелое состояние больного.

Лечение:

Основу лечения составляют мероприятия, способствующие полному и по возможности постоянному дренированию гнойных полостей в легких. После спонтанного вскрытия абсцесса в просвет бронха наиболее простым и эффективным методом дренирования

является постуральный дренаж. Отек слизистой оболочки бронхов можно уменьшить путем местного применения бронхолитиков (эфедрин, новодрин, нафтизин) и антибиотиков (морфоциклин, мономицин, ристомицин и др.) в виде аэрозолей.

Если не удастся добиться восстановления бронхиальной проходимости и опоржнения гнойника естественным путем через бронхи, лечебная тактика меняется. В таких случаях необходимо стремиться опорожнить гнойник через грудную стенку. Для этого под местной анестезией осуществляют или повторные пункции полости абсцесса толстой иглой, или постоянное дренирование с помощью катетера, проведенного через троакар (торакоцентез). Установленный в полости абсцесса дренаж подшивают к коже, подключают к вакуумному аппарату и производят периодические промывания абсцесса антисептическими растворами и антибиотиками. У подавляющего большинства больных острыми абсцессами легких с помощью этих способов можно добиться полного опоржнения гнойника. Если это все же не удастся, возникает необходимость в оперативном лечении.

Из оперативных методов наиболее простым является пневмотомия, которая показана при безуспешности других способов опорожнения абсцесса от гнойно-некротического содержимого. Гнойник в легком вскрывается и дренируется после торакотомии и поднадкостничной резекции фрагментов одно-двух ребер.

К резекции легкого или его части в случаях острых абсцессов легких прибегают редко. Эта операция является основным методом лечения прогрессирующей гангрены легких и выполняется после курса интенсивной дооперационной терапии, имеющей целью борьбу с интоксикацией, нарушениями газообмена и сердечной деятельности, коррекцию волевических изменений, белковой недостаточности, поддержание энергетического баланса.

Хронический абсцесс:

Хронические абсцессы легкого являются неблагоприятным исходом острого легочного нагноения. Течение заболевания в этих случаях затягивается, периоды ремиссии чередуются с обострениями и болезнь принимает хронический характер.

Причинами, способствующими переходу острого абсцесса в хронический, являются:

- 1) недостаточный отток гноя из полости абсцесса вследствие нарушения проходимости дренирующих бронхов;
- 2) наличие в полости абсцесса секвестров, закрывающих устья дренирующих бронхов и постоянно поддерживающих нагноение в самой полости и воспаление вокруг нее;
- 3) повышенное давление в полости абсцесса;
- 4) образование плевральных сращений в зоне пораженных абсцессом сегментов легких, препятствующих ранней облитерации полости;
- 5) эпителизация полости из устьев дренирующих бронхов, препятствующая ее рубцеванию.

Клиника:

Заболевание обычно протекает с чередованием обострений и ремиссий, сопровождаясь общей слабостью, плохим аппетитом, бессонницей, болями в соответствующей половине грудной клетки. Часто отмечается одышка в покое, усиливающаяся при физических нагрузках. Наиболее постоянный симптом—кашель с отделением гнойной мокроты, от нескольких плевков до 500—600 мл и более в сутки. В период обострений количество мокроты увеличивается, она часто бывает зловонной и с примесью крови.

При осмотре нередко можно заметить бледность кожных покровов, неприятный запах изо рта при дыхании, пастозность лица. «Барабанные пальцы» являются одним из самых постоянных признаков хронического гнойного процесса в легких и наблюдаются у 85—95% больных.

лечение:

Больные хроническими абсцессами легких нуждаются в интенсивном консервативном лечении, которое является и подготовкой к радикальному оперативному вмешательству.

Основные задачи такого лечения состоят в следующем:

- 1) уменьшение гнойной интоксикации и ликвидация обострения воспалительного процесса в легких;
- 2) коррекция нарушенных патологическим процессом функций систем дыхания и кровообращения, устранение белковых, волевических, электролитных нарушений и анемии;
- 3) повышение общей иммунологической сопротивляемости организма.

Бронхоэктазии:

Бронхоэктазии — необратимые морфологические изменения (расширение, деформация) и функциональная неполноценность бронхов, приводящие к хроническому нагноительному заболеванию легких.

Классификация бронхоэктазий:

1. По происхождению: первичные (врожденные) и вторичные (приобретенные).
2. По виду расширения бронхов: цилиндрические, мешотчатые, кистоподобные и смешанные.
3. По распространению: ограниченные и распространенные, односторонние и двусторонние (с указанием точной локализации по сегментам).
4. По тяжести клинических проявлений: с невыраженной симптоматикой, легкая форма, среднетяжелая, тяжелая и тяжелая осложненная форма.
5. По клиническому течению: фаза ремиссии и фаза обострения.

Клиника:

Бронхоэктазии характеризуются длительными течением и периодическими

(преимущественно весной и осенью обострениями. У большинства больных

исходным пунктом возникновения заболевания является пневмония или бронхит.

В случае возникновения бронхоэктазий после однажды перенесенной острой

пневмонии или бронхита долгое время продолжают влажный кашель со слизисто-

гнойной мокротой, особенно, выраженный по утрам, вечерний субфебрилитет,

анорексия, постепенно нарастают бледность кожных покровов, астенизация,

общая слабость.

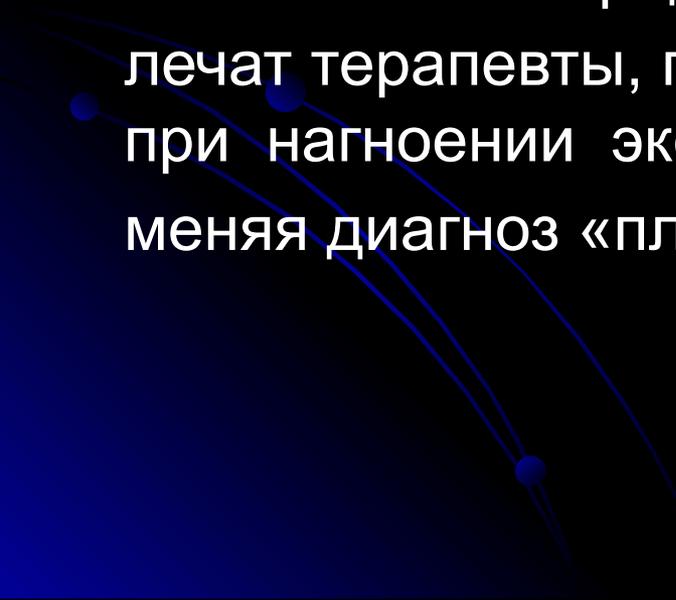
Лечение:

Все больные нуждаются в консервативном лечении, основным содержанием которого являются санация трахеобронхиального дерева, антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая и общеукрепляющая терапия, физиотерапия, высококалорийное питание.

' Санация трахеобронхиального дерева проводится как в фазе обострения, так и в фазе ремиссии. В период обострения она достигается путем ингаляций антибактериальных препаратов (в соответствии с чувствительностью микрофлоры мокроты, муко- и протеолитических препаратов (трипсина, рибонуклеазы, дезоксирибонуклеазы, территилина), постурального дренажа, стимуляции кашля путем ежедневных вливаний различных растворов через катетер, введенный наотрахеально, этим же целям служат лечебная бронхоскопия, применение бронхолитических и отхаркивающих средств (эуфиллина, раствора йодида калия, препаратов термопсиса), стимуляция двигательной активности больных, дыхательная гимнастика и лечебная физкультура.

ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ:

Термин «эмпиема» — скопление гноя в естественной, т. е. анатомической, полости — будь то плевральная либо какая-нибудь иная полость. Существует также и термин «гнойный плеврит». Однако по сложившейся традиции плевриты лечат терапевты, прибегая к помощи хирургов лишь при нагноении экссудата, меняя диагноз «плеврит» на «эмпиема»..



КЛИНИКА:

Температура тела . На протяжении начального периода и далее, при отсутствии полноценного лечения, температурные реакции могут быть весьма значительными, протекая по ремиттирующему типу, в виде неправильных волн с тенденцией к утреннему понижению, не достигающему нормальных или даже субнормальных цифр.

Головные боли.

Боли в груди . чаще

обусловлены изменениями париетальной плевры, но при деструкции крупных легочных структур приобретают висцеральный характер. Эмпиемы чаще сопровождаются болями

при дыхании, эмпиемы с деструкцией легочной ткани — спонтанными, ноющими. Наружный вид грудной клетки довольно типичен. Имеет место втяжение межреберных промежутков и их сужение при фиброзном утолщении ее.

Лопатка немного приподнята кверху, отставая при дыхании по сравнению с противоположной что делает ее как бы хромой.

ЛЕЧЕНИЕ:

Принципы лечения

1 этап :

а) местное лечение—активная эвакуация гноя с лаважем полости эмпиемы--- нивелировка резорбтивного фактора

б) коррекция волевических нарушений---- нивелировка фактора потери

2 этап :

а) местное лечение : в зависимости от наличия плеврогенного цирроза, объема разрушения легочной ткани—выбор оперативных вмешательств

б) коррекция волевических нарушений . вызванных оперативным вмешательством

в) лаваж и санация гемоторакса после плевропункции

