

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Электронное
учебное пособие
для
преподавателя
Специальность
Сестринское дело
Курс III



К инфекционным деструкциям легких относятся гнойно-воспалительные заболевания: бронхоэктатическая болезнь, абсцесс и гангрена легких

БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Бронхоэктатическая болезнь (БЭБ) — приобретенное заболевание с нагноительным процессом в необратимо измененных (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах.

Преимущественная локализация — в нижних долях легких. Расширения ограниченных участков бронхов с преимущественной локализацией в нижних отделах называют ***бронхоэктазами***.

По форме бронхоэктазы могут быть **цилиндрические, мешотчатые, веретенообразные, смешанные,**

по локализации — односторонние или двусторонние, по этиологии — врожденными или приобретенными.

Этиология.

Основной причиной бронхоэктазов считаются врожденные и приобретенные нарушения в стенках бронхов.

Приобретенные или вторичные бронхоэктазы, как правило, бывают следствием хронического бронхита.

Инфекционным агентам принадлежит роль пускового механизма в обострении гнойного процесса в уже измененных и расширенных бронхах.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Жалобы: кашель с выделением мокроты, наиболее выражен в утренние часы с отделением большого количества гнойной или слизисто-гнойной мокроты. Кашель **усиливается при перемене положения тела**, что объясняется затеканием бронхиального секрета в неповрежденные участки бронхов, где чувствительность слизистой оболочки сохранена. При тяжелом течении болезни в сутки отделяется **0,5— 1 л мокроты** и более. При отстаивании мокрота разделяется на 2 слоя.

На тупые боли в грудной клетке на вдохе, быструю утомляемость, головные боли, раздражительность.

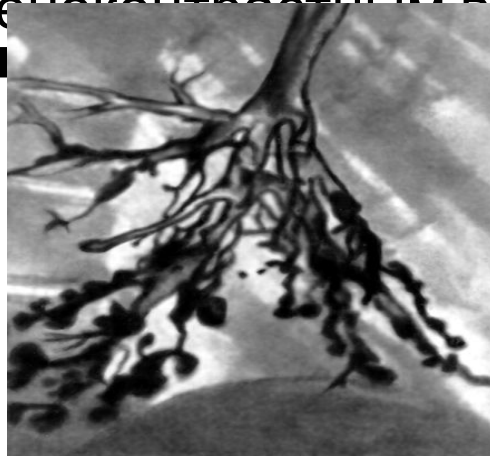
В периоды обострения отмечается повышение температуры тела. У значительного числа больных наблюдается **кровохарканье**.

С развитием заболевания цвет кожи становится землистым, лицо одутловатым, появляются истощение, **ногти в виде «часовых стекол»**, пальцы в виде **«барабанных палочек»**. Последний симптом связывают с интоксика



В крови выявляются нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

При рентгенологическом исследовании (**бронхография**) — характерная картина: расширенные участки бронхов, заполненные рентгеноконтрастным веществом - «**ветка с неопавшими листьями**»



В анализе мокроты много лейкоцитов.

Фибробронхоскопия — выявляется локальный гнойный эндобронхит.

Осложнения БЭБ:

эмфизема легких, дыхательная недостаточность; хроническое легочное сердце (гипертрофия и дилатация правого желудочка); амилоидоз (белковое перерождение) паренхиматозных органов; хроническая железodefицитная анемия.



Лечение.

При консервативном лечении используют антибактериальную терапию и мероприятия, направленные на улучшение дренажной функции бронхов.

В лечебный режим включаются ежедневная дыхательная гимнастика, умеренные физические нагрузки, отказ от употребления алкогольных напитков, от курения. Дренаж бронхиального дерева осуществляется пассивным и активным методом.

Пассивные методы — постуральный дренаж и применение отхаркивающих средств.

Активный метод — применение бронхоскопии с отмыванием и удалением гнойного содержимого из просвета бронхов, с введением антибиотиков, муколитических препаратов.

Эндобронхиальное введение антибиотиков сочетают с внутримышечным. Назначают отхаркивающие средства.

Для повышения реактивности организма назначают анаболические гормоны (большие дозы), витамины группы В, инъекции алоэ, метилуроцил, адаптогены (настойка женьшеня, элеутерококка, мумие).

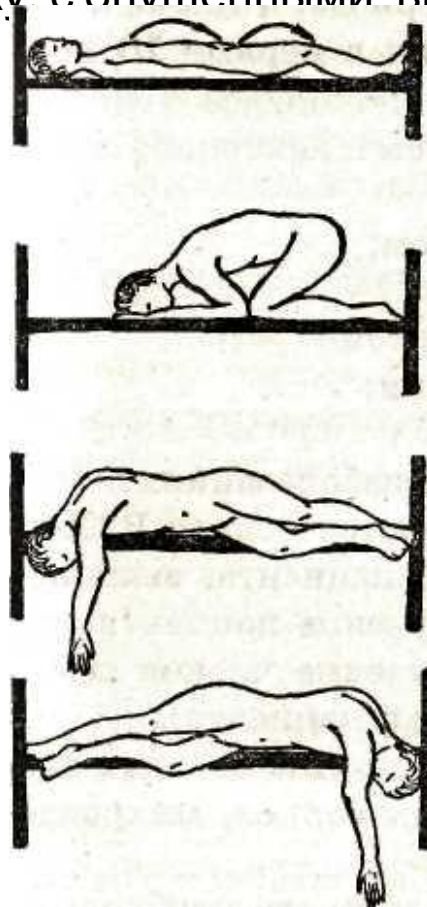
В связи с потерей белка с гнойной мокротой показано назначение полноценной диеты, богатой белками, жирами, витаминами.


I. Положение на спине с постепенным поворотом туловища вокруг оси на 45° каждый раз, делая вдох и форсированный выдох. Повторить 3—5 раз. При появлении кашля — откашляться и продолжать вращение.

II. Коленно-локтевое положение; голова опущена.

III. Лежа на правом боку, с опущенными вниз головой и левой рукой.

IV. Лежа на левом боку, с опущенными вниз головой и правой рукой.





Единственным радикальным методом лечения является удаление пораженного участка легкого.

Полное излечение наступает у 50— 80% больных. Смерть чаще всего наступает от тяжелой легочно-сердечной недостаточности или амилоидоза внутренних органов.

На ранних стадиях болезни целесообразно физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение.

Прогноз зависит от тяжести течения заболевания, частоты обострений, распространенности патологического процесса и наличия осложнений.

АБСЦЕСС И ГАНГРЕНА ЛЕГКИХ

Абсцесс и гангрена легких — тяжелые нагноительные заболевания, которые протекают с выраженной интоксикацией, сопровождающейся некрозом легочной ткани с образованием полостей и перифокальным воспалением. Острый абсцесс в отличие от гангрены имеет тенденцию к ограничению очага нагноения.

Этиология. Часто абсцесс возникает при пневмониях, вызванных стафилококком, клебсиеллой (палочка Фридлиндера), вирусно-бактериальной ассоциацией, часто отмечаемой во время эпидемии гриппа. Частая причина нагноений — анаэробы, иногда — грибы или простейшие.

Существует несколько путей развития нагноительного процесса в легком: постпневмонический, гематогенно-эмболический, аспирационный, травматический.

При хроническом течении остается кашель с выделением гнойной мокроты, субфебрильная температура тела, при обострении — высокая с явлениями общей интоксикации. Вследствие хронической интоксикации развивается уменьшение массы тела, анемия, пальцы принимают форму «барабанных палочек», ногти — форму «часовых стекол» (выпуклые, круглые). В ремиссию состояние пациентов удовлетворительное, но на рентгенограмме остаются изменения — свидетельство остаточных явлений. Развиваются осложнения

Лечение.

Терапия гнойных заболеваний сводится, восстановлению дренажа и ликвидации гноя в очаге поражения, воздействию на микрофлору, борьбе с интоксикацией, стимуляции защитных сил организма. При наличии показаний проводится хирургическое вмешательство.

Гной ликвидируют при помощи промывания бронхиального дерева, лечебных бронхоскопий, трансторакальных пункций. Для улучшения отхождения мокроты больному придают определенные положения (позиционный дренаж), проводят аэрозольную терапию

При постпневмоническом пути нагноительного процесса отмечается острый характер течения с возможным легочным кровотечением. При гематогенно-эмболическом пути — хронический характер течения, возможное осложнение — напряженный клапанный пневмоторакс. При аспирационном пути клинико-анатомическая характеристика — гангрена, осложнение — пиопневмоторакс. При травматическом пути развития нагноительного процесса в качестве осложнения возможна септикопиемия.

Гнойники могут быть одиночными и множественными. При хронических абсцессах полость выполнена грануляциями, выявляются склеротические изменения окружающей ткани. При гангрене в легком определяются участки гнилостного поражения грязно-зеленого цвета, полости не имеют четких границ. Участок нагноения отграничивается от здоровой легочной ткани своеобразной оболочкой, состоящей из соединительной ткани.

КЛАССИФИКАЦИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЙ (Н.В. ПУТОВ, 1998)

По этиологии — в зависимости от вида инфекционного возбудителя.

По патогенезу: 1) бронхогенные (в том числе аспирационные); 2) гематогенные; 3) травматические.

По клинико-морфологической форме: 1) абсцессы гнойные; 2) абсцессы гангренозные; 3) гангрена легкого.

По распространенности: единичные, множественные, односторонние, двусторонние.

По тяжести течения: 1) легкое течение; 2) течение средней тяжести; 3) тяжелое течение.

По наличию осложнений: неосложненные; осложненные (легочное кровотечение, бактериемический шок, пиопневмоторакс, эмпиема плевры, сепсис).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Выделяют три фазы течения: инфильтрация, прорыв гнойника в просвет бронха, исход.

До вскрытия абсцесса в бронх гнойный процесс, сопровождающийся скоплением гнойной мокроты в определенном участке (полости) легкого, является причиной тяжелого состояния больного. Отмечается подъем температуры тела до высоких цифр (гектическая лихорадка), недомогание, кашель, затрудненное дыхание, тахикардия.

При перкуссии выявляется притупление звука, ослабление голосового дрожания, при аускультации выслушиваются ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы.

В крови определяется выраженный лейкоцитоз, с резким увеличением количества нейтрофилов, значительное увеличение СОЭ.

На рентгенограмме виден округлый гомогенный участок затемнения с четкими контурами при гангрене с неровными границами.

О наступлении *второй фазы — вскрытия гнойника* свидетельствует резкое увеличение отделяемой гнойной мокроты (100—500 мл). При гангрене легкого мокрота серо-грязного цвета с примесью крови. Уменьшается токсикоз, ослабляется одышка, уменьшается боль, потливость, снижается температура тела.



АБСЦЕСС ПРАВОГО ЛЕГКОГО ДО ПРОРЫВА И ПОСЛЕ

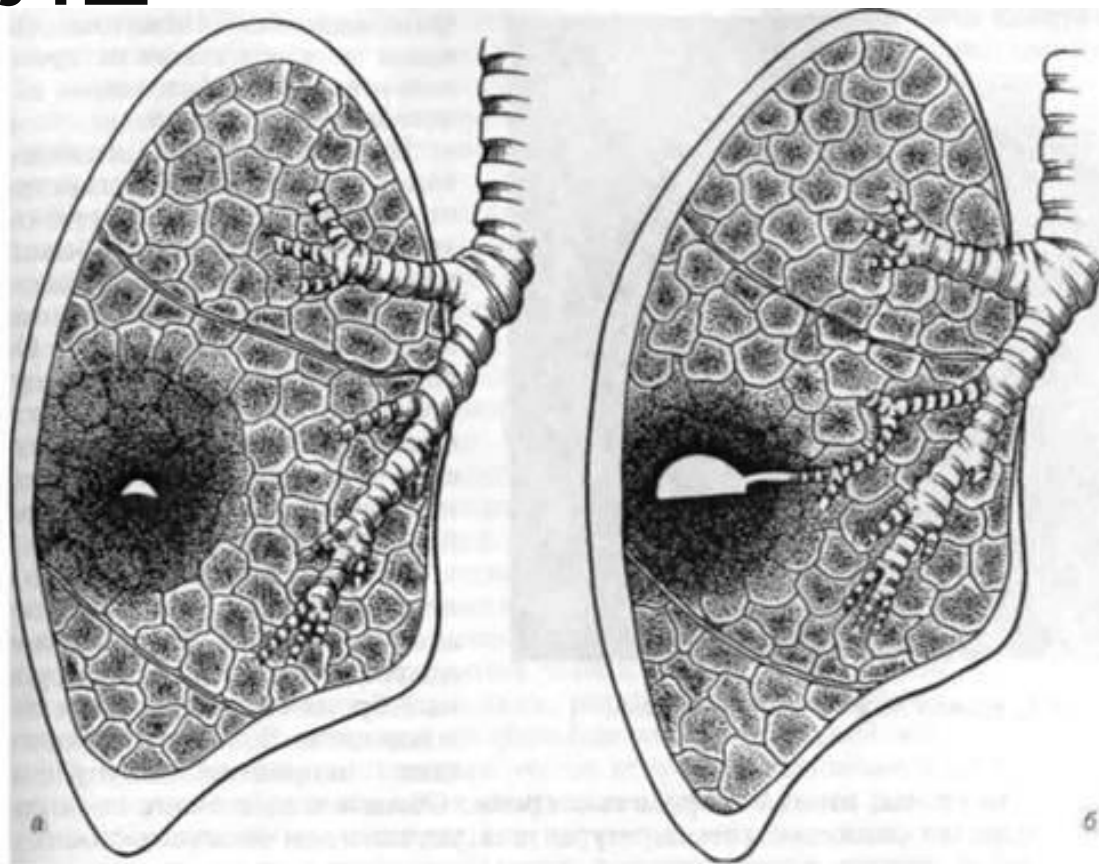


Рис. 6.5. Образование гнойного абсцесса.
а — затенение в центре инфильтрата; б — прорыв гнойника в бронх.

АБСЦЕСС ЛЕГКОГО - МАКРОПРЕПАРАТ



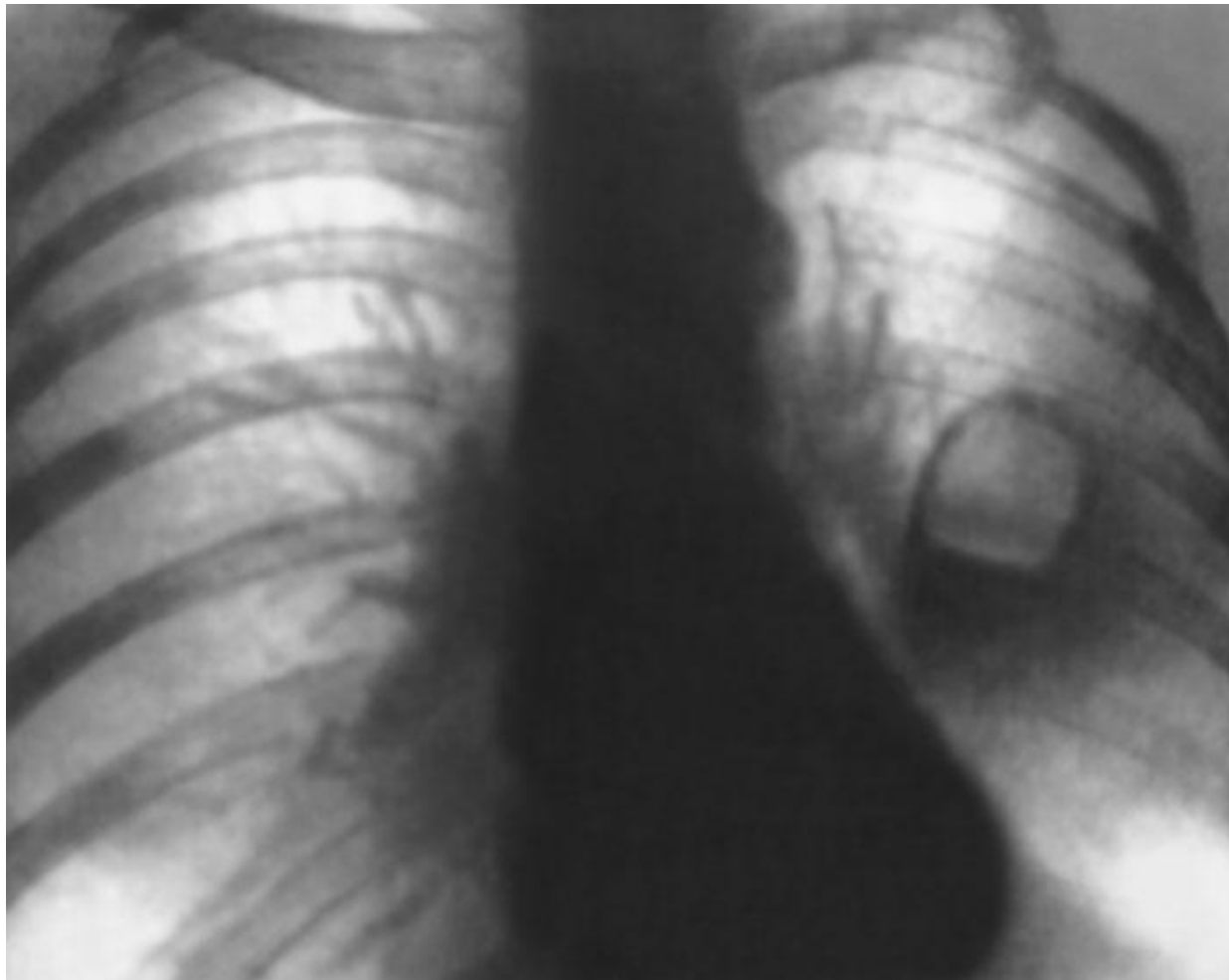
В мокроте обнаруживаются лейкоциты, эритроциты, клетки плоского бронхиального эпителия, микрофлора, эластические волокна. Выделяемая микрофлора нередко устойчива к большому числу антибиотиков.

Выслушиваются амфорическое дыхание, влажные и сухие хрипы, перкуторно определяется тимпанит при неглубокой локализации полости.

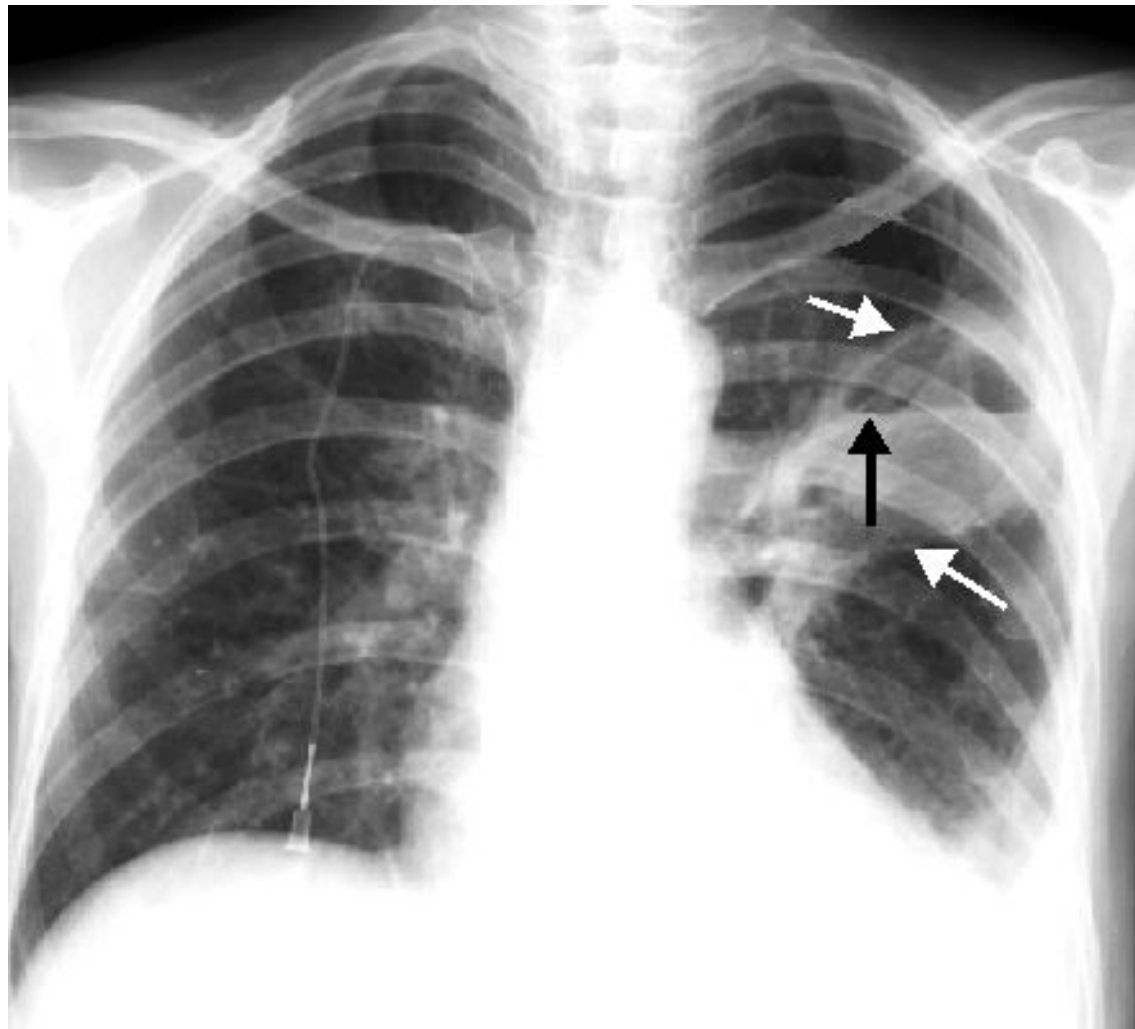
Рентгенологически определяется округлая полость (просветление на фоне затемнения с четким внутренним контуром) и можно видеть горизонтальный уровень оставшейся мокроты. При абсцессе мокрота двухслойна (верхний слой более жидкий чем нижний), при гангрене мокрота имеет три слоя: верхний слой — пенистый, средний — коричневого цвета с примесью гноя и крови, нижний — крошковатая масса (частицы разрушенной легочной ткани).

Третья фаза исхода характеризуется выздоровлением или переходом в хронический абсцесс. В случае выздоровления к 15—20-му дню кашель становится редким, исчезают симптомы интоксикации.

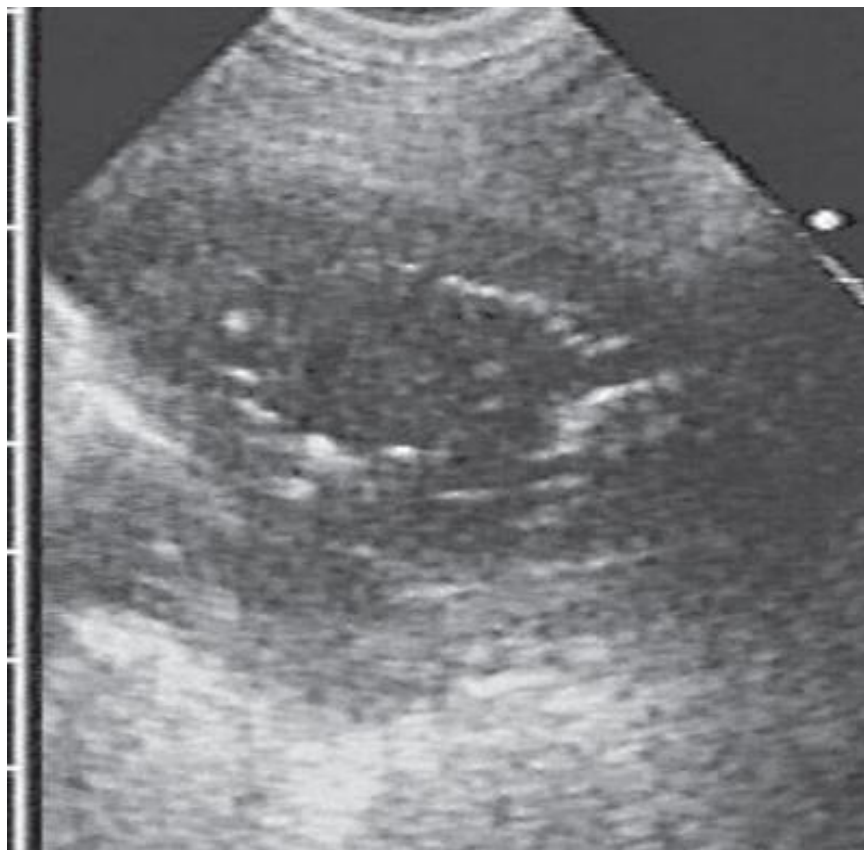
ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЕВОГО ЛЕГКОГО



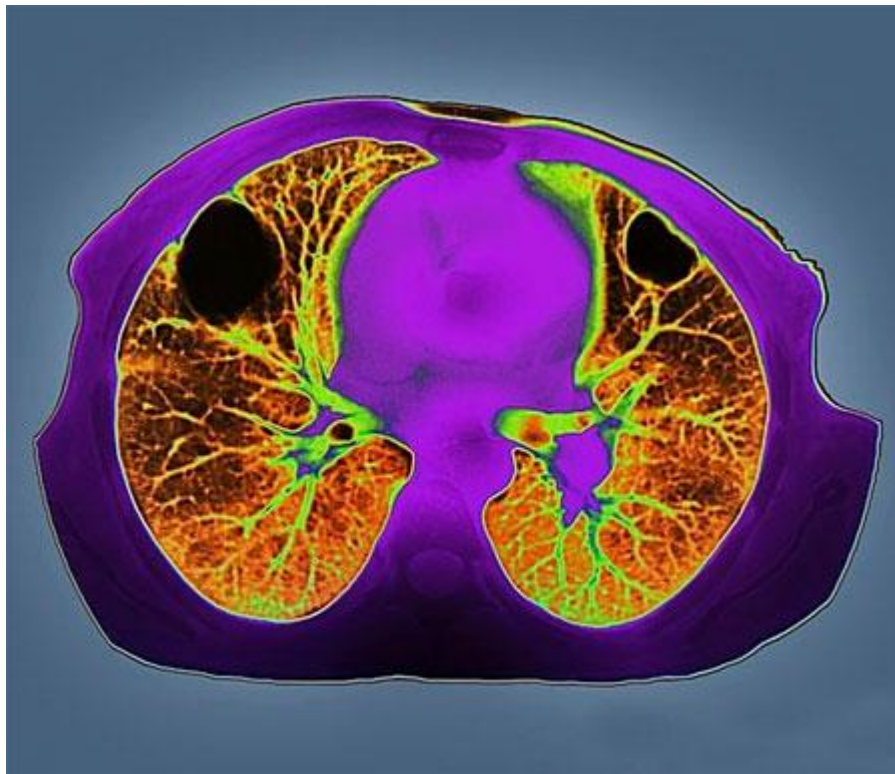
ХРОНИЧЕСКИЙ АБСЦЕСС ЛЕВОГО ЛЕГКОГО



АБСЦЕСС ЛЕГКОГО – УЗИ



АБСЦЕССЫ ЛЕГКИХ НА МРТ



Проводят лечение массивными дозами антибиотиков, которые вводят парентерально, а также интратрахеально. Можно сочетать антибиотики с сульфаниламидами. Широко используют промывания бронхов через бронхоскоп изотоническим раствором натрия хлорида, растворами перманганата калия, фурагина. При помощи бронхоскопии в бронхи вводят антибиотики, бронхолитики.

Для стимуляции защитных сил организма проводят переливания, плазмы, назначают анаболические гормоны, витамины, адаптогены, антиоксиданты.

Показаниями к хирургическому вмешательству служат осложнения острых абсцессов: кровотечение, пиопневмоторакс, эмпиема плевры, а также подозрение на опухоль. Хирургическое вмешательство показано в тех случаях, когда при наличии рентгенологически определяемой полости клинические проявления (постоянный кашель с гнойной мокротой, кровохарканье, лихорадка) сохраняются 1—2 мес после ликвидации острого периода, а также неэффективность консервативного лечения в первые 10 дней при гангрене легкого.

После стихания воспалительного процесса показано санаторно-курортное лечение в регионах с теплым, сухим климатом.

Профилактика гнойных заболеваний заключается в своевременной терапии острых и обострений легочных пневмоний. Очень важно правильное лечение стафилококковых пневмоний, которые встречаются в основном в периоды эпидемий гриппа. Недопустима аспирация рвотных масс (при наркозе) — борьба с алкоголизмом, уход за больными, находящимися в коматозном состоянии.

Значительную роль в профилактике инфекционных деструкции играет своевременная санация очагов хронической инфекции носоглотки, полости рта, борьба с курением. Имеют значение закаливание, исключение производственных вредностей, профилактические меры по укреплению сопротивляемости организма в осенне-весенний период.