

СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ОТДЕЛОВ ЛЕГКИХ

- А) СИНДРОМЫ СНИЖЕНИЯ ВОЗДУШНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ
- Синдром очагового уплотнения легочной ткани.
- Синдром массивного уплотнения легочной ткани
- Синдром диссеминированного поражения легких
- Б) СИНДРОМЫ ПОВЫШЕНИЯ ВОЗДУШНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ.
- Синдром полости в легком.
- Синдром эмфиземы

Синдром очагового уплотнения легочной ткани

Снижение воздушности легочной ткани на территории группы долек (до сегмента) вследствие воспалительной инфильтрации (очаговая пневмония – бронхопневмония, периферический рак легкого) или разрастание соединительной ткани (очаговый пневмосклероз). Процесс локальный.

Симптомы:

- Жалобы не обладают строгой специфичностью и зависят от патогенетического механизма его развития.
 - При бронхопневмонии они включают в себя продуктивный кашель, признаки интоксикационного-воспалительного sd
 - При раке -sd опухолевой интоксикации
 - При очаговом пневмосклерозе без сопутствующего воспаления больные жлоб, как правило, не предъявляют.

- - при общем осмотре так же выявляются признаки воспалительной либо опухолевой интоксикации, при детальном осмотре грудной клетки данные неубедительны;
- - при пальпации определяется локальное усиление голосового дрожания над очагом патологического процесса;
- - при перкуссии там же локальное укорочение перкуторного тона;
- - при аускультации на фоне локального ослабления везикулярного или жесткого дыхания выслушиваются побочные дыхательные шумы: влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация (непостоянно).

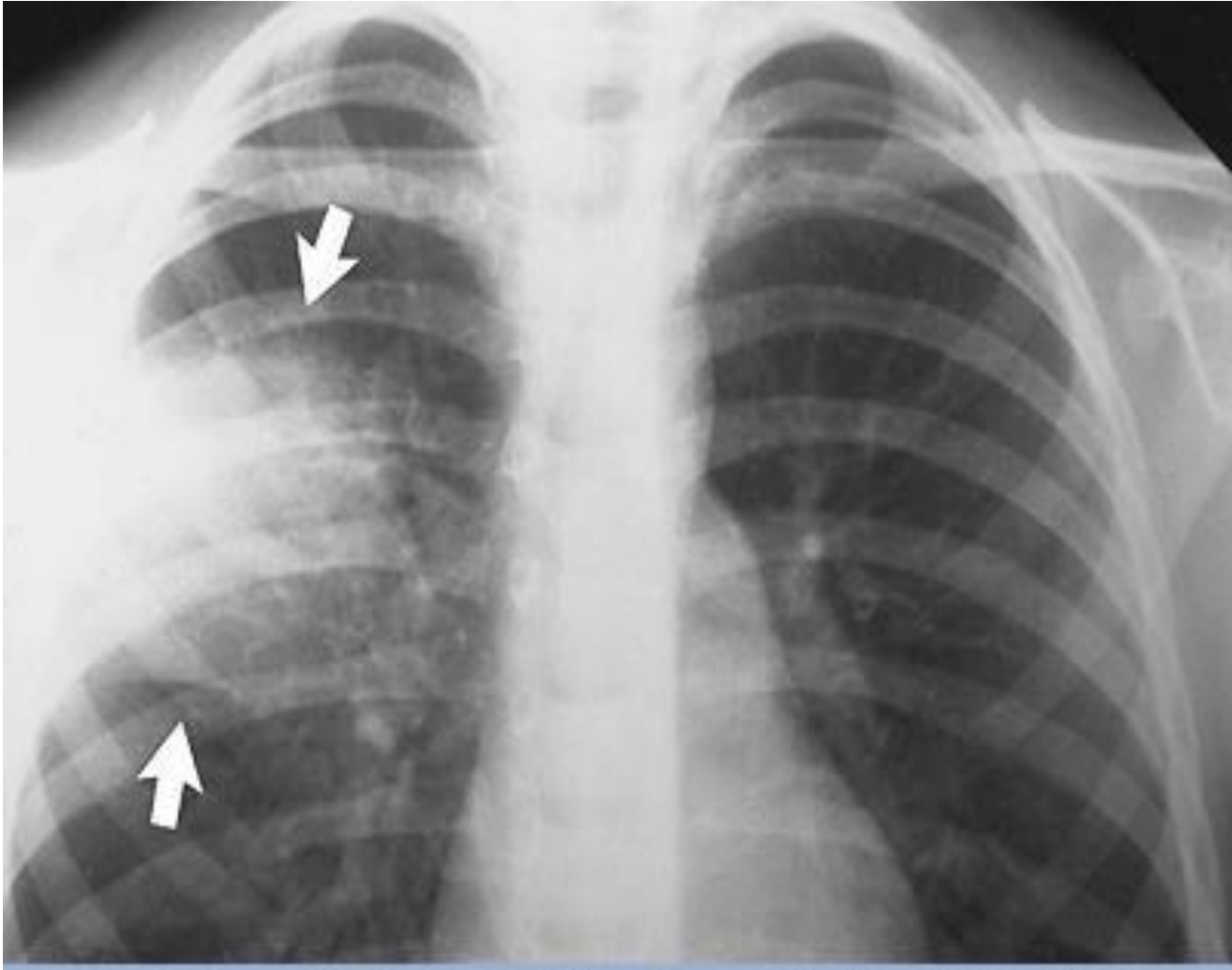
Синдром массивного уплотнения легочной ткани.

Снижение воздушности легочной ткани на территории группы сегментов или доли легкого вследствие воспалительной инфильтрации. Процесс локальный, как правило, соседствует с синдромом поражения плевры

Симптомы:

- - одышка свидетельствует о выраженной дыхательной недостаточности;
- - кашель - о вовлечении в патологический процесс бронхов, ржавая вязкая мокрота - о богатом фибрином воспалительном экссудате, содержащем измененные эритроциты;
- - боли в груди, связанные с актом дыхания - о вовлечении в патологический процесс плевры.

- - при осмотре: отставание пораженной половины в акте дыхания;
- - пальпаторно: усиление голосового дрожания над долей легкого;
- - перкуторно: выраженное притупление перкуторного тона, иногда абсолютная тупость.
- - аускультативно: в начале заболевания - ослабленное везикулярное дыхание, истинная крепитация *indux*; в разгаре болезни - патологическое бронхиальное дыхание; в фазе разрешения - бронхо-везикулярное дыхание, крепитация *redux*, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.
- Дополнительным аускультативным признаком, отражающим вовлечение в воспалительный процесс плевры, является шум трения плевры



- **Клинический анализ мокроты**
- Мокрота больного содержит большое количество лейкоцитов, макрофагов и слущенный цилиндрический эпителий (при очаговой пневмонии). При долевой пневмонии мокрота включает эритроциты и альвеолярный эпителий.
- **Бактериологический анализ мокроты**
- Для уточнения этиологии пневмонии и определения тактики лечения важен посев (бактериологический анализ) мокроты с выявлением возбудителя и определением чувствительности его к антибиотикам.

- **Синдром диссеминированного поражения легких (легочной диссеминации)**

Распространенное, неравномерное снижение воздушности легочной ткани в обеих легких вследствие воспалительной (диссеминированный тбс легких, альвеолиты, васкулиты легких) или опухолевой инфильтрации (карциноматоз легких), либо отека легких.

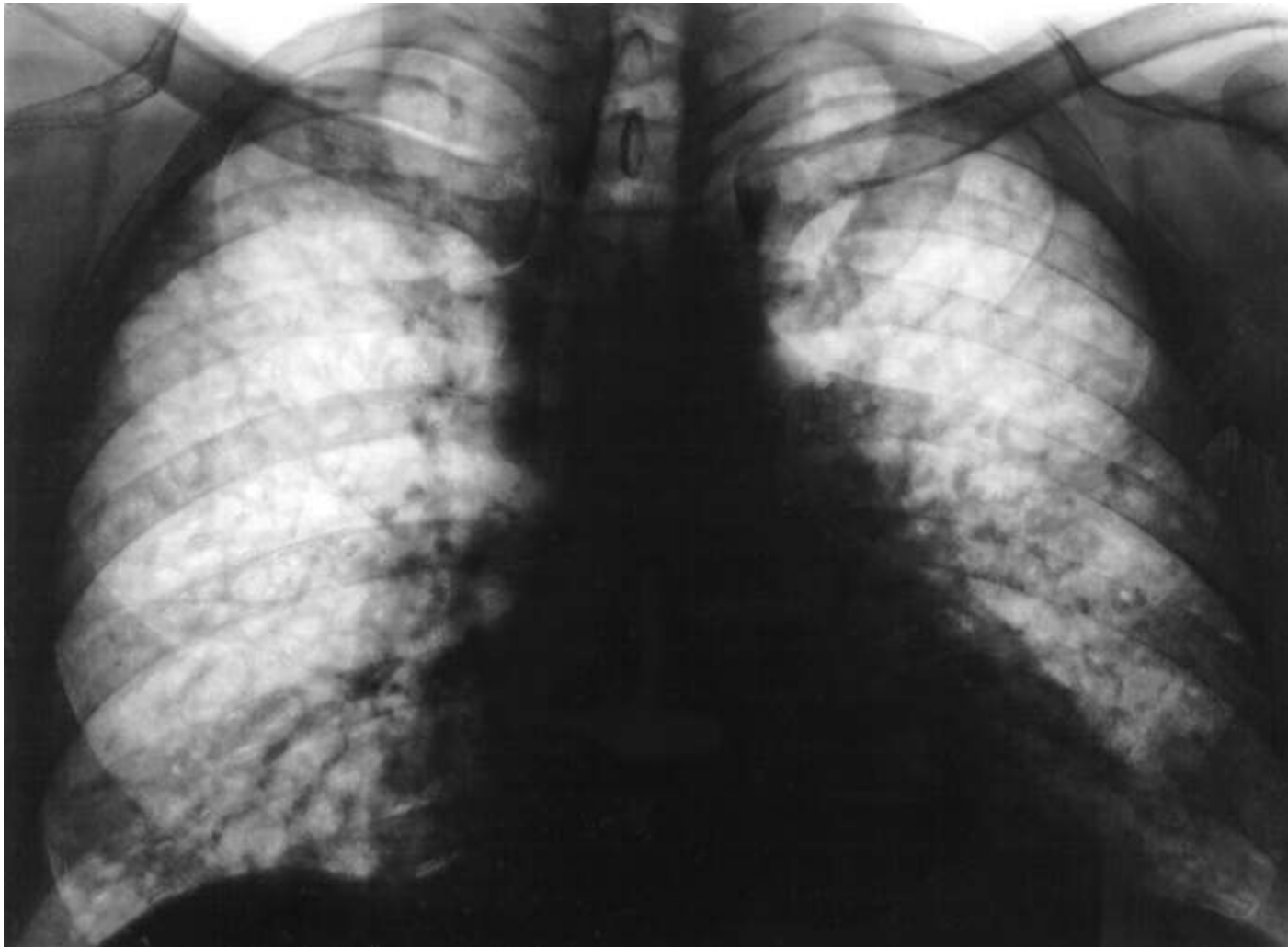
Симптомы:

- прогрессирующая одышка свидетельствует о нарастающей дыхательной недостаточности, кашель - о раздражении рефлексогенных зон бронхов воспалительным экссудатом, транссудатом;
- **при осмотре** выявляется цианоз (при выраженной дыхательной недостаточности), укорочение фаз вдоха и выдоха (поверхностное дыхание); попытка глубокого дыхания сопровождается покашливанием;

- при пальпации данные неубедительны;
- при перкуссии данные неубедительны, редко укорочение перкуторного тона, дополнительный признак – смещение границ легкого вверх;
- при аускультации - укорочение фаз вдоха и выдоха, звонкая крепитация.

Дополнительные признаки:

- рентгенологически: интерстициальные или очаговые диссеминированные тенеобразования;
- ФВД: нарушения объемных характеристик вентиляционной способности легких - характеризует рестриктивный тип ДН.



фиброзирующий альвеолитом (прямая проекция...

Синдром полости в легком, сообщающейся с бронхом

Образование полости в легком вследствие распада легочной ткани в результате воспаления либо опухолевого роста.

Симптомы:

- жалобы: кашель, сопровождающийся отделением обильной зловонной мокроты гнойного либо геморрагического характера "полным ртом". при осмотре: пораженная половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания;
- - пальпаторно: локальное усиление голосового дрожания (резонирующая полость);

- перкуторно: при наличии тонкостенной полости, расположенной субплеврально определяется перкуторный тон с тимпаническим оттенком. При полости не менее 4 см, окруженной толстой капсулой определяется притупленный тимпанит
- - при аускультации амфорическое дыхание, влажные крупнопузырчатые хрипы. В отдельных случаях выслушивается "шум падающей капли" **Запомните!** Воздушная полость, не сообщаемая с бронхом (воздушная киста, булла) протекает без жалоб, при осмотре - данные неубедительны, пальпаторно - локальное ослабление голосового дрожания; при крупных кистах размерами более 4 см - голосовое дрожание локально отсутствует. аускультативно - дыхание резко ослаблено.

Синдром эмфиземы

- (без сопутствующего бронхообструктивного sd).
- Сущность синдрома: избыточное содержание воздуха в легких, сопровождающееся увеличением их размеров вследствие перерастяжения патологически измененных альвеол с деструкцией межальвеолярных перегородок. Вследствие этого увеличивается остаточный объем.



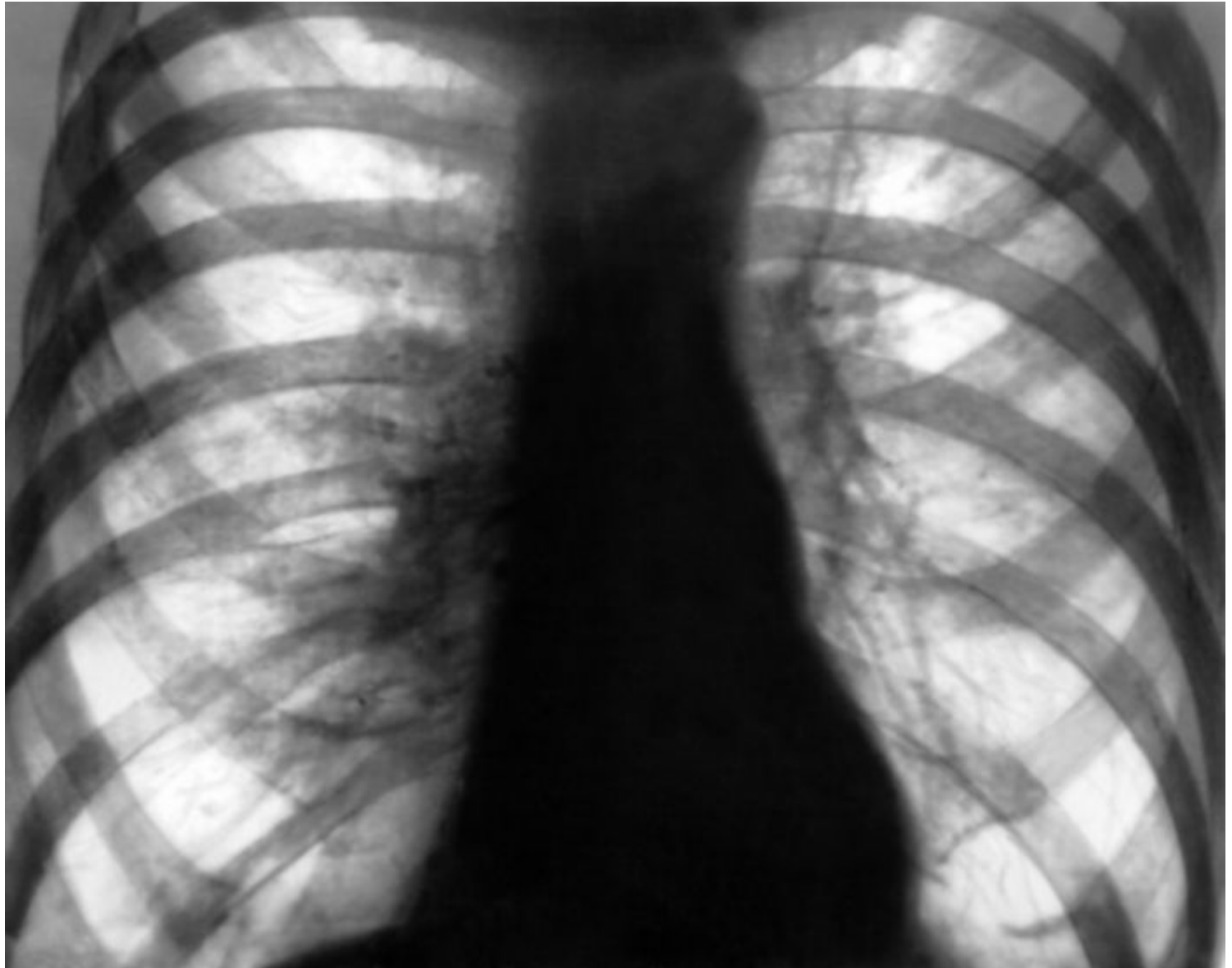
При эмфиземе легких происходит патологическое расширение воздушных пространств легочных бронхиол. Кроме этого деструктивно изменяются альвеолярные стенки.

Симптомы:

- жалобы: одышка в покое или при физической нагрузке является проявлением синдрома ДН;
- при осмотре выявляется эмфизематозная грудная клетка;
- пальпаторно: ослабление голосового дрожания над симметричными участками легких;

- Перкуторно : расширение границ легких, уменьшение дыхательной экскурсии нижнего легочного края; при сравнительной перкуссии: коробочный перкуторный тон над всей поверхностью легких.
- аускультативно: ослабленное везикулярное дыхание по всей поверхности легких;
- Синдром эмфиземы легких всегда сочетается с синдромом рестриктивной дыхательной недостаточности (в связи с изменением объемных характеристик легких). Наличие рестриктивной ДН подтверждается данными исследования функции внешнего дыхания.

- Данные рентгенологического исследования: повышение воздушности легочной ткани, обеднение легочного рисунка, расширение межреберных промежутков, высокое стояние верхушек легких, низкое положение диафрагмы.



- **Пневмония** – острое инфекционное заболевание преимущественно бактериальной этиологии, поражающее респираторные отделы легких с внутриальвеолярной экссудацией, инфильтрацией клетками воспаления и пропитыванием экссудатом паренхимы легких, наличие клинико-рентгенологических признаков локального воспаления, не связанного с другими причинами.

Классификация:

Клиническая классификация пневмоний предусматривает выделение очаговой (или бронхопневмонии) и крупозной (долевой)

- **Очаговая пневмония** – воспалительный процесс захватывает участок легочной ткани от несколько долек до сегмента. В процесс вовлекаются альвеолы и смежные с ним бронхи.

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ:

- 1. Очагового уплотнения легочной ткани – ведущий
- 2. Бронхитический
- 3. Воспалительно- интоксикационный
- 4. Клинико-анамнестический

- **Крупозная пневмония**

характеризуется быстрым вовлечением в процесс целой доли легкого и прилежащего участка плевры и высоким содержанием фибрина в альвеолярном экссудате.

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ:

1. Массивного уплотнения легочной ткани—
ведущий
2. Поражения плевры
3. Воспалительно-интоксикационный
4. Дыхательной недостаточности
5. Клинико-анамнестический

1. Внебольничная (приобретенная вне лечебного учреждения)
2. Нозокомиальная (приобретенная в лечебном учреждении через 48 ч и более после поступления—госпитальная)
3. Аспирационная
4. Пневмония у лиц с дефектами иммунитета (ВИЧ –инф, врожденный иммунодефицит)

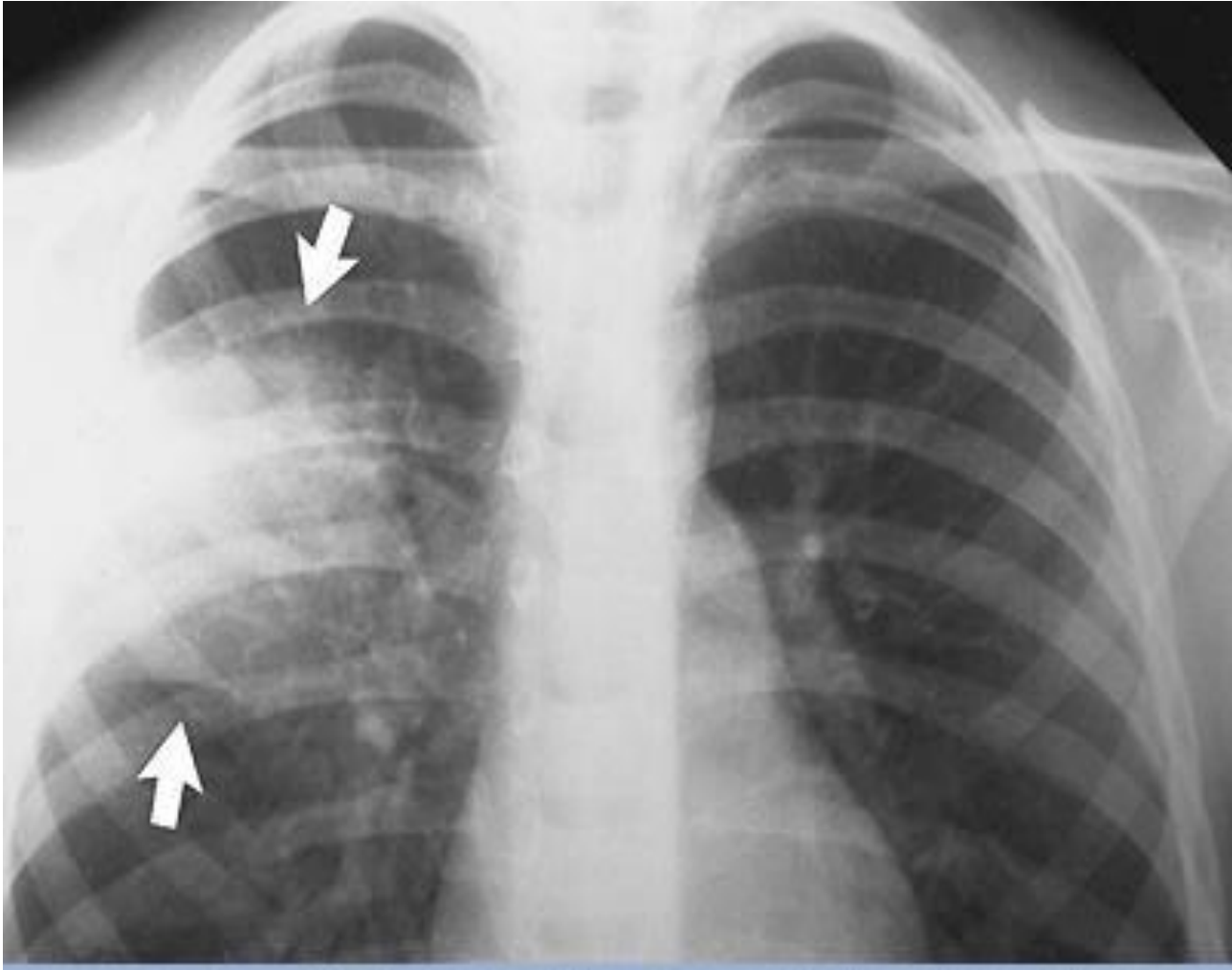
По этиологии:

Этиология внебольничных пневмонии непосредственно связана с нормальной микрофлорой дыхательных путей: *Streptococcus pneumoniae* (30-50%); *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia pneumoniae*, *Legionella* spp., и др.

- По локализации – доля, сегмент;
- Степень тяжести- легкое, средней тяжести. тяжелое
- По осложнению – (ДН, плеврит, перикардит, инфекционно-токсический шок и т.д.)
- Фаза заболевания (разгар, разрешение, реконвалесценция, затяжное течение

- **ДИАГНОСТИКА:** «Золотой стандарт»

1. Лихорадка и повышение температуры
2. Кашель и мокрота гнойного характера
(желто-зеленая или ржавая, большое кол-во лейкоцитов, макрофагов)
3. Синдром уплотнение легочной паренхимы
4. Лейкоцитоз или лейкопения (реже) с нейтрофильным сдвигом
5. Рентгенологически инфильтрация в легких
6. Микробиологическая верификация мокроты





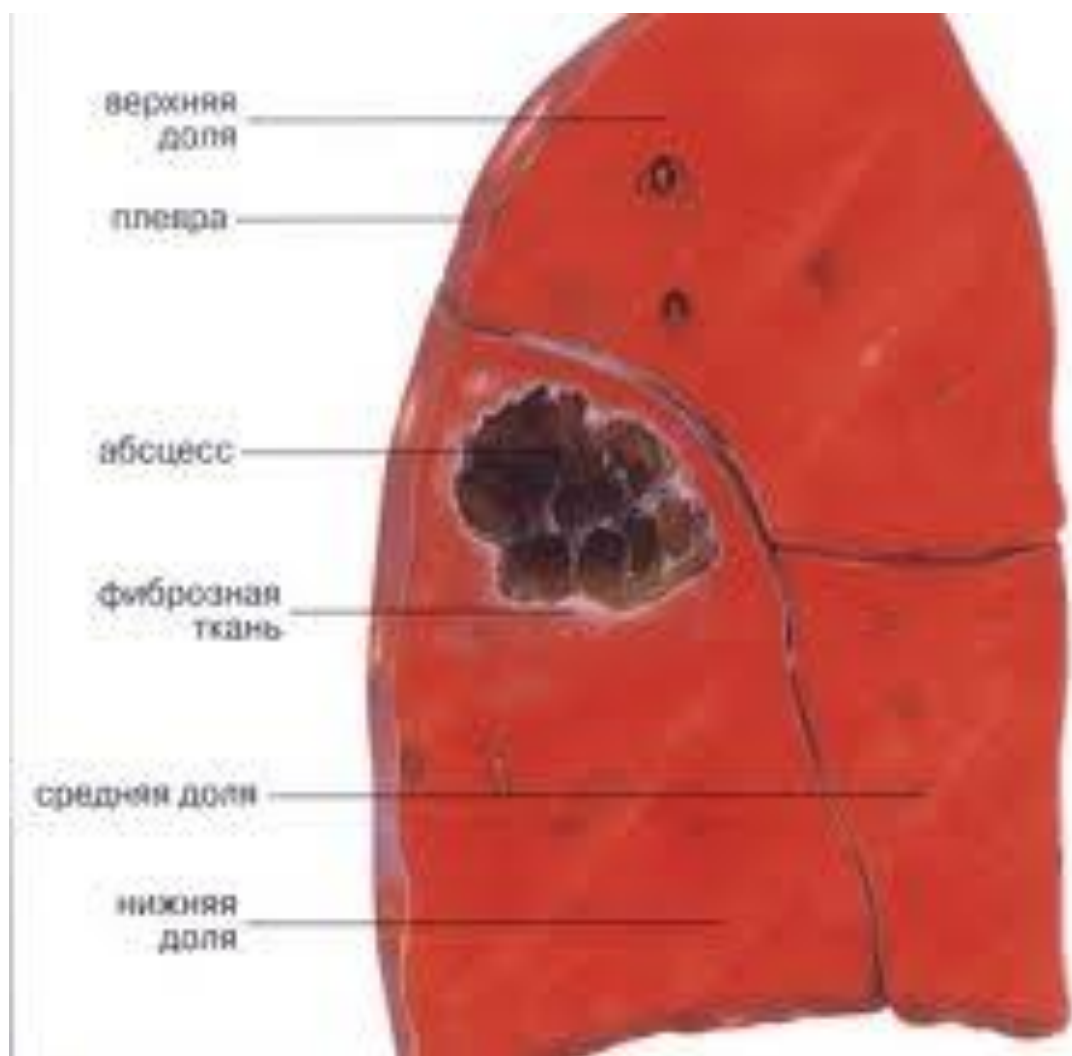
ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА:

Правосторонняя пневмококковая
нижнедолевая (крупозная)
пневмония, средней степени
тяжести. ДН 0, в стадии разгара.

АБСЦЕСС ЛЕГКОГО - полость в легком, заполненная гноем и отграниченная от окружающих тканей пиогенной капсулой, сформированной из грануляционной ткани и слоя фиброзных волокон.

По механизму возникновения:

- Бронхогенные (аспирационные, постпневмонические, обтурационные)
- Гематогенные
- Травматические
- Прочие (переход с соседних органов)



- **Первичные абцессы**, т.е. образуются при некрозе легочной ткани во время поражения паренхимы (пневмонии) или разрушение стенки бронхоэктазов.
- **Вторичные**, если абсцесс возникает вследствие септической эмболии или прорыва внелегочного абсцесса в легкое
- **Выделяют единичные или множественные.**
- **Локализацию**

- **ФАКТОРЫ РИСКА:**
- Снижение защитных свойств организма (алкоголизм, передозировка наркотиков, длительная рвота, неврологические расстройства, онкология, сахарный диабет, ВИЧ инфекция и т.д.)
- Вирулентность микробов
- Обструкция бронхов (рвотные массы, инородные тела)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Процесс формирования абсцесса длится 10-12 дней, в течение которых клиника чаще обусловлена пневмонией. Кашель со скудной мокротой, иногда – кровохарканье, боль в грудной клетке, слабость, озноб. При осмотре легкий цианоз лица и конечностей. При вовлечение плевры - боль.
При перкуссии укорочение перкуторного звука, при аускультации ослабление везикулярного дыхания

- При прорыве в бронх – внезапное выделение большого количества (полным ртом) зловонной мокроты. После чего состояние больного улучшается.

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ:

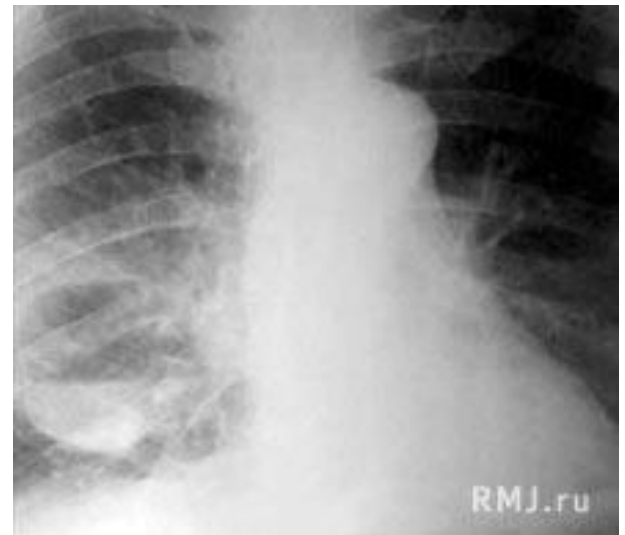
1. Синдром полости в легком - ведущий
2. Синдром воспалительно-интоксикационный

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

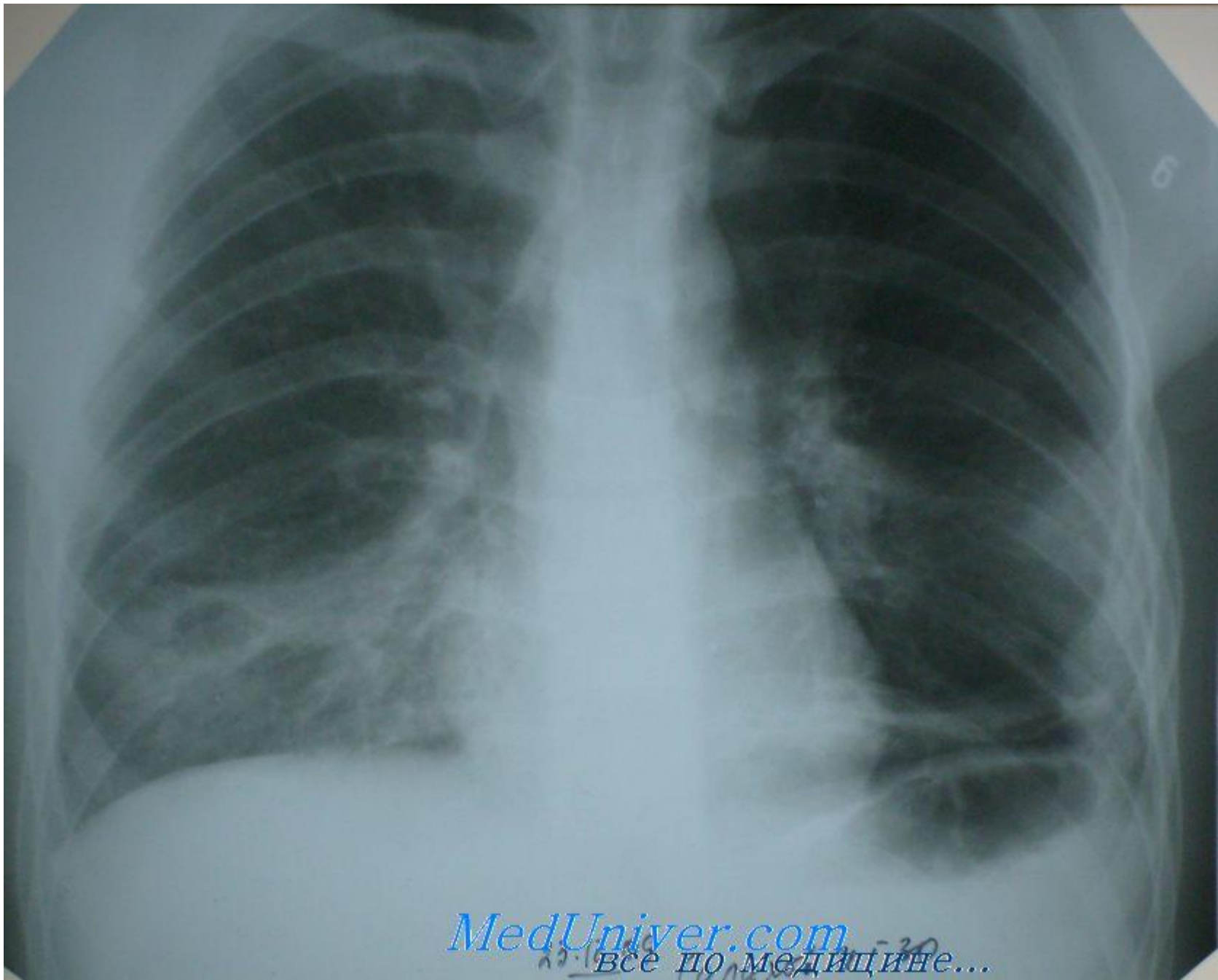
1. Анализ крови выявляют нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увел СОЭ.
2. В моче могут появляться лейкоциты
3. Мокрота гнойная со зловонным запахом обрывки ткани; микроскопия: сплошь нейтрофилы, эритроциты, много эластических волокон, кристаллы жирных кислот, холестерина.

При стоянии расслаивается: верхний слой – пенистая серозная жидкость, средний слой – жидкий, содержит много лейкоцитов, эритроцитов, бактерий, нижний слой – гнойный.

4. рентгенологическое исследование (в первую фазу –инфильтрат, во вторую – полость.
5. КТ позволяет точно определить локализацию полости, наличие даже небольшого количества жидкости, вовлечение плевры.
6. ФВД
7. Бронхоскопия носит диагностический и лечебный характер







MedUniver.com
всё по медицине...

ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА:

Острый стафилококковый абсцесс нижней доли правого легкого, тяжелое течение, эмпиема плевры. ДН 2 степени.

ЛЕЧЕНИЕ:

1. Консервативное (этиотропное, дезинтоксикационное, симптоматич.
2. Хирургическое



Спасибо за внимание!!!

Пути проникновения возбудителя

- Аспирация секрета ротоглотки.
У 15% здоровых лиц из носа и с задней стенки глотки высевают стафилококк, стрептококк, а из трахеи и бронхов гемофильную палочку.
- Аспирация мельчайших микроорганизмов, чем меньше частицы, тем большее их количество оседает в мелких бронхиолах и альвеолах

- При гематогенной диссеминации из внелегочного расположенного очага возбудитель проникает в легкое с током крови (бакэндокардит, заглочный абсцесс, тромбофлебит яремных вен и т.д.).
- Прямое распространение возбудителя непосредственно в легочную ткань (интубация трахеи или ранение грудной клетки)
- Смежное распространение из соседнего участка (нижнедолевая пневмония при поддиафрагмальном абсцессе).

- **Атипичные пневмонии** –это пневмонии, вызванные вирусами, микоплазмами, хламидиями, легионеллами. Особенностью этих микроорганизмов заключается в их внутриклеточном расположении, с мокротой их выделить невозможно.
- В клинике на первом месте **sd** интоксикационно- воспалительный
- Легочные симптомы **незначительные**

- **Аспирационные пневмонии** нередко осложняют такие заболевания, как инсульт, алкоголизм, и обычно вызваны грамотрицательной флорой и анаэробами.
- **Пневмонии у лиц с иммунодефицитом** м.б. вызваны различными грам+ и грам- микроорганизмами, грибами, микоплазмой

Степень тяжести

- **Легкая:** t до 38, ЧД до 25, ЧСС до 90, интоксикация –отсутствует или слабо выражена, осложнений нет, умеренный лейкоцитоз;
- **Средняя:** t 38-39, ЧД 25-30, ЧСС 90-100, интоксикация выражена, м.б.плеврит с небольшим кол-вом жидкости, лейкоцитоз со сдвигом влево;
- **Тяжелая:** $t > 39$, ЧД >30 , ЧСС >100 , интоксикация резко выражена, диастолическое АД <60 мм, цианоз резко выражен, часто(эмпиема, абцедирование, инф-токсический шок), лейкоцитоз с токсическая зернистость нейтрофилов, анемия, возможно лейкопения.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- Плевральный выпот,
- Эмпиема плевры,
- Деструкция (абсцедирование легочной ткани),
- ОДН,
- Септический шок,
- Вторичная бактериемия, сепсис,
- Перикардит, миокардит, менингит и др

- **ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ:**

- Эрадикация возбудителя (А\б);
- Купирование симптомов заболевания
- Нормализация лабораторных показателей и функциональных нарушений;
- Разрешение инфильтративных изменений в легочной ткани;
- Профилактика осложнений заболевания.