

Хронические нагноительные заболевания легких.

РГУ им. И. Канта

Доцент, к.м.н. Бут-Гусаим В.И.

"Нагноительные заболевания легких" – это целый перечень заболеваний, который характеризуется поражением легких с образованием экссудата в виде гноя.

Классификация неспецифических нагноительных заболеваний легких:

1. Абсцесс и гангрена легкого.
2. Пневмосклероз после
абсцессов легкого.
3. Бронхоэктазии.
4. Нагноившиеся кисты легкого.

Причины:

- осложненные пороки развития легких;
- иммунодефицит по IgA (в т.ч. врожденный, или когда материнских АТ УЖЕ мало, а своих собственных - ЕЩЕ мало);
- солитарная (одиночная) киста (см. рентген);
- кистозная гипоплазия (поликистоз - врожденное недоразвитие или даже полное отсутствие в определенных участках легкого его респираторных отделов), не определяется при бронхоскопии;

Причины.

- региональный и локализованный патологический процесс в бронхиальном дереве, этиологически связанный с инфекцией;
- бронхоэктатическая болезнь;
- стеноз трахеи и крупных бронхов;
- бронхиальные свищи (чаще всего посттравматические);

Причины:

- остеопластическая трахеобронхопатия (окостенение бронхиального дерева) - аутоиммунная;
- эмпиема плевры (результат плеврита - плохо леченного или неудачно закончившегося).
- Инфекционная деструкция легких (ранее называли «абсцедирующая пневмония», «множественные абсцессы»).

Причины.

- Протекает в виде:
 1. острый абсцесс легкого (одиночный, но обширный);
 2. гангрена легкого;
 3. стафилококковая деструкция легких (иногда этот диагноз можно поставить и без бактериологического посева);
 4. хронический абсцесс (например, в результате перехода острого в хронический).

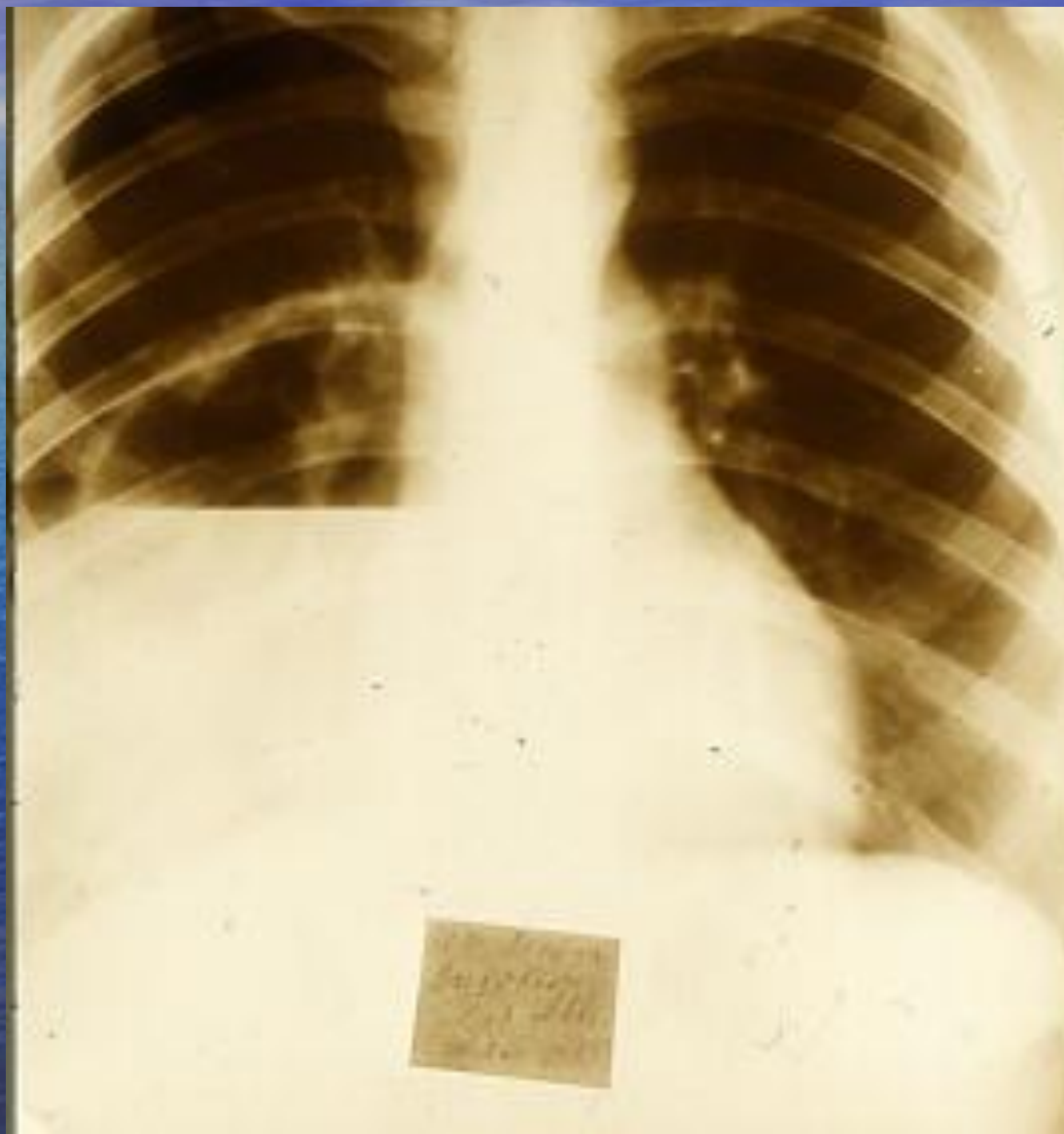
Абсцесс легкого.

- Под *абсцессом легкого* понимают формирование более или менее ограниченной полости в легочной ткани в результате ее некроза и гнойного расплавления.

Абсцесс легкого.

На рентгенограмме
— картина «заплеванного»
легкого.

Абсцесс легкого.



Абсцесс легкого.

Классификации

1. Периферический

2. Центральный

- Осложнённый

- Неосложнённый

1. Острый

2. Хронический

- Гнойный

- Гангренозный

Классификация

1.Одиночный

2.Множественные

1.Односторонние

2.Двусторонние

Стадии:

1. Стадия инфильтрации:

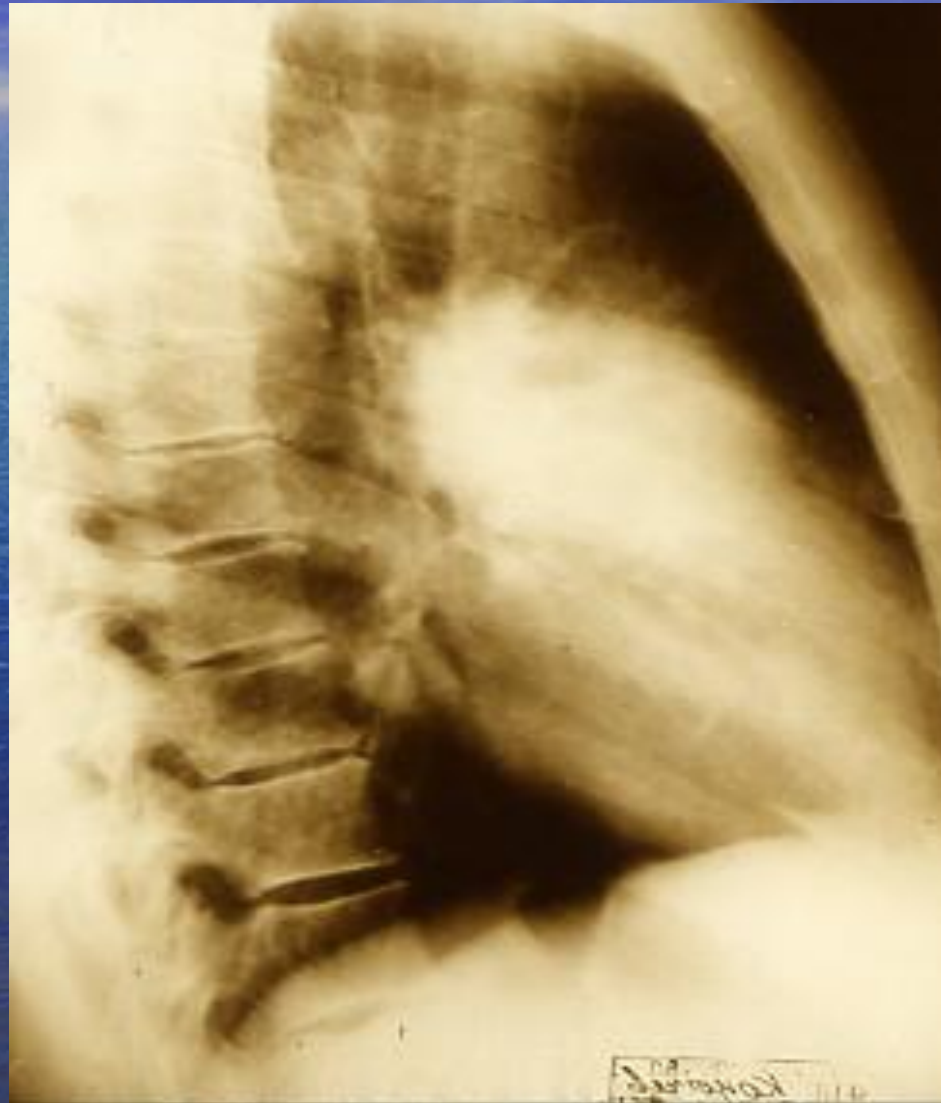
- повышение температуры,
- R-логически - наличие затемнения, физикальные данные при незначительных размерах абсцесса отсутствуют

Стадии:

2.Стадия дренирования через бронх :
появление обильной мокроты,
количество которой уменьшается к
концу 3-й недели.

На рентгенограммах- полость с уровнем
жидкости.

Абсцессография



Стадии:

3. Стадия сухой полости(кисты):

- исчезновение симптоматики
- сухая полость при R-логическом исследовании.

Дифференциальная диагностика абсцесса:

1. Периферический рак в стадии распада - возможна только с использованием цитологического исследования
2. Туберкулёзная каверна - возможна только при многократном бактериологическом исследовании

ЛЕЧЕНИЕ.

Консервативное лечение:

1. Инфузионная терапия:

- -парентеральное питание(растворы аминокислот, кровь, плазма),
- -дезинтоксикационная терапия (низкомолекулярные кристаллоиды, реополиглюкин, гемодез и т.д.)
- -гемодинамическая терапия (полиглюкин, реополиглюкин, низкомолекулярные кристаллоиды и т.д.)

2. Антибактериальная терапия(с учетом чувствительности к антибиотикам).

ЛЕЧЕНИЕ.

3. Анаболические гормоны (вследствие активации катаболизма)

4. Витаминотерапия

5. Антиферментные препараты (уровень трипсина у таких больных 420 мкг при норме 250-300 мкг)

6. Гемотрансфузии для коррекции анемии и гипопроотеинемии

7. Иммуноterapia:

- - специфическая (антистафилококковый &-глобулин, стафилококковый бактериофаг)
- - неспецифическая (т-активин, метронидазол, метрагил и т.д.)
- Симптоматическая терапия (обезболивающие, жаропонижающие, отхаркивающие средства).

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- 1. Пустуральный дренаж
- 2. Ингаляции антисептиков, протеолитических ферментов, бронхолитиков
- 3. Эндотрахеальное введение антисептических препаратов и ферментов
- 4. Саниционная бронхоскопия

постановка бронхообтуратора при дренировании абсцесса лёгкого специальным катетером



оперативное лечение:

- - Лобэктомия
- - Билобэктомия
- - Пульмонэктомия в зависимости от распространённости процесса.

Больные с абсцессом подвергаются оперативному лечению, как правило при переходе процесса из острой стадии в хроническую.

Гангрена легкого

- *Гангрена легкого* представляет собой тяжелое патологическое состояние, характеризующееся обширным некрозом и ихорозным распадом легочной ткани без тенденции к четкому отграничению.
- Если некроз и гнойно-ихорозный распад имеют менее распространенный характер и идет формирование полости, то говорят о гангренозном абсцессе легкого (промежуточная форма инфекционной деструкции).

Классификации:

По путям инфицирования

1. Бронхогенный
2. Гематогенный
3. Лимфогенный
4. Травматический

По механизму действия:

1. Постпневмонические(до 90% по Стручкову)
2. Аспирационные
3. Гематогенно-эмболические
4. Обтурационные(опухолью или воспалительным процессом)
5. Посттравматические

По распространенности:

- Распространённая(не менее доли)
- Ограниченная

По течению:

1. С острым началом
2. С постепенным нарастанием (под маской гриппа)

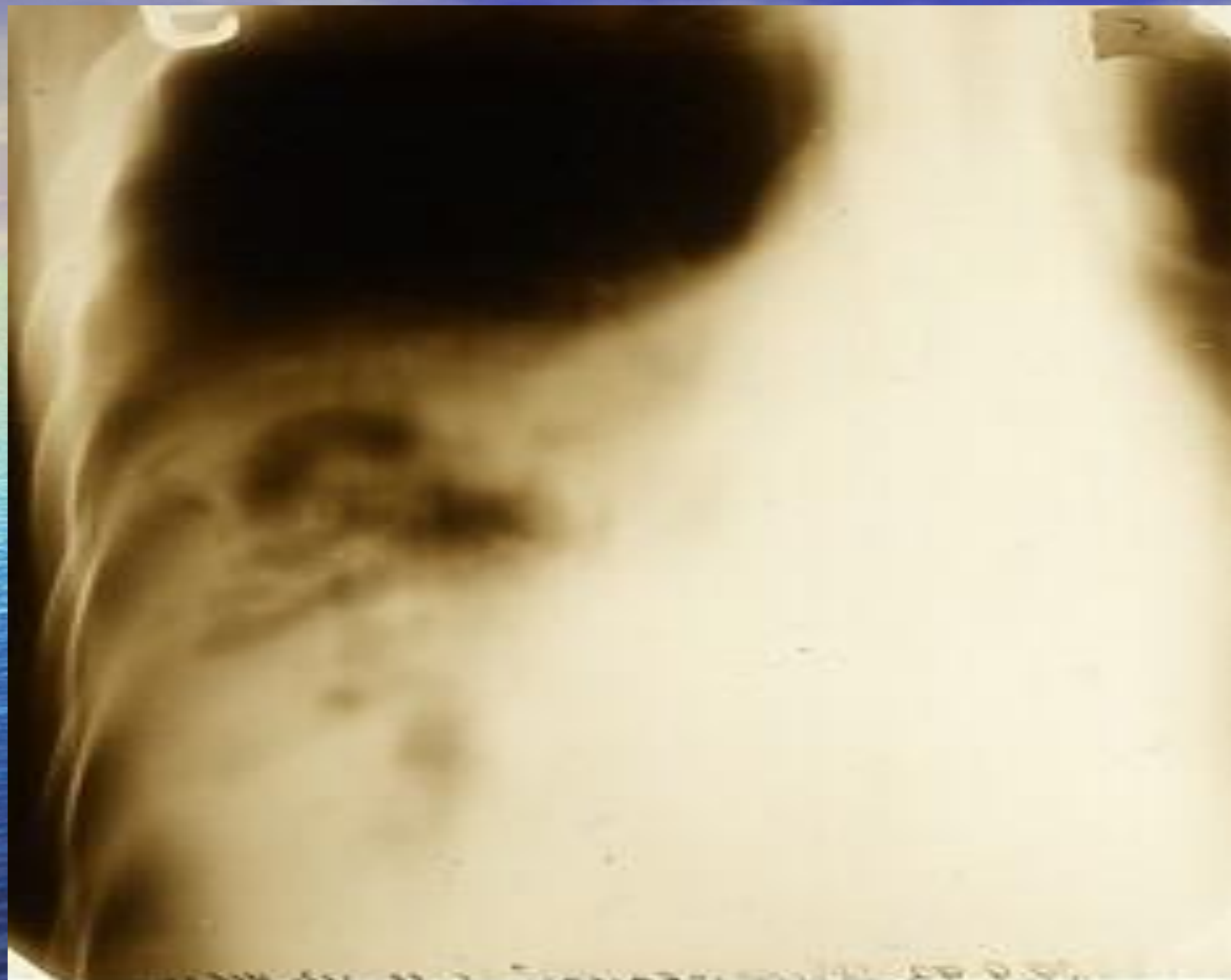
Стадии

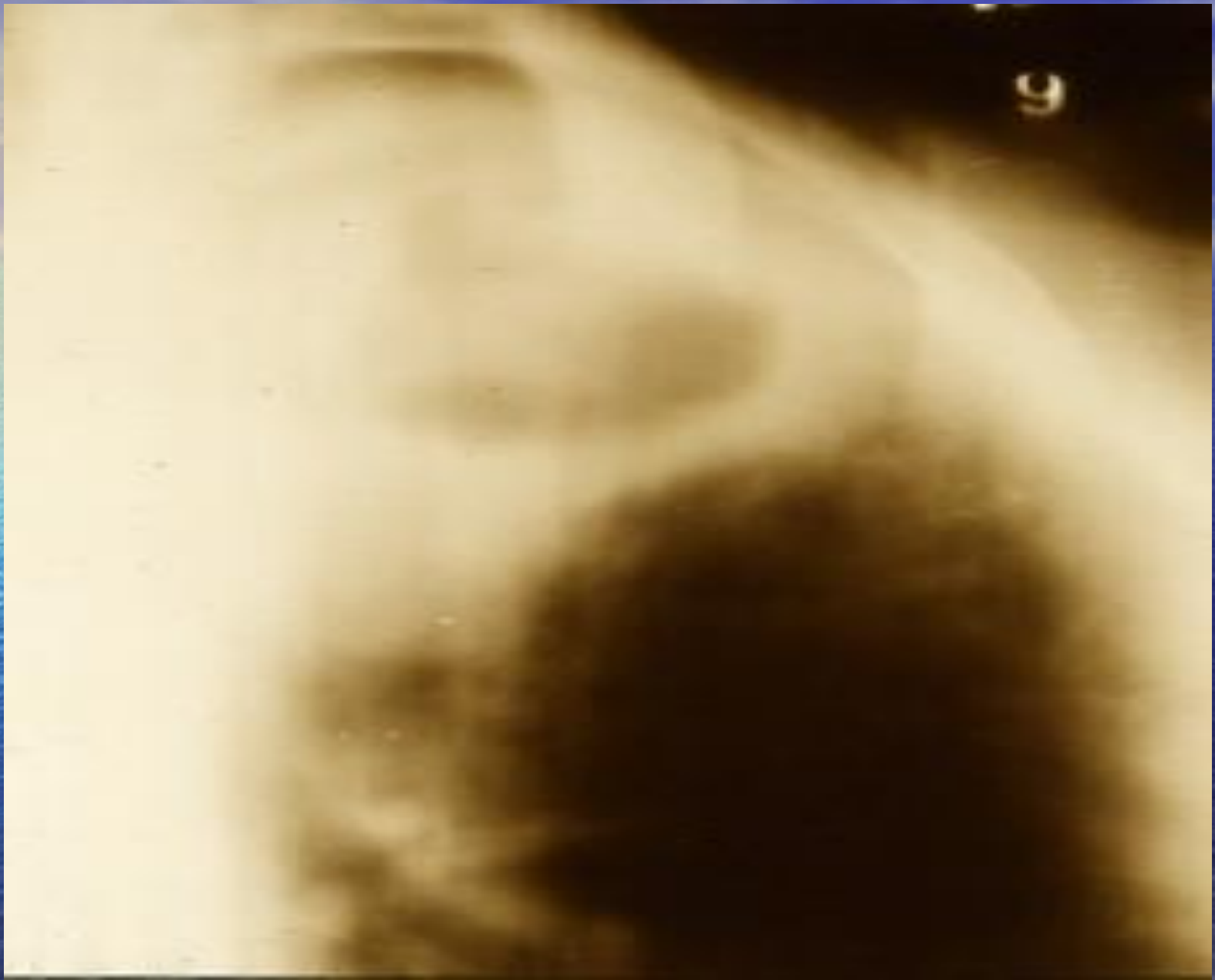
1. Стадия лоббита - повышение температуры, озноб, боль в груди,
 - интоксикация
 - **физикальные данные:** притупление перкуторного звука, ослабление дыхания на зоной Г
 - R исследование - массивное гомогенное затемнение

Стадии

2. Стадия некроза и распада :

- гектическая температура
- гнилостный запах изо рта
- физикальные данные : тимпанит над зоной гангрены, аускультативно - ослабленное дыхание и влажные хрипы при пневмонии в прилегающих отделах лёгкого
- R-логически - участки просветления в зоне некроза





3. Стадия дренирования очага через бронх

- обильная мокрота с дурным запахом, снижение температуры
- физикальные данные – дыхание с амфорическим оттенком

Стадии

4.Сухая полость - при благоприятном течении гангрены(если больной не погибает в третьей стадии)

- В этой стадии наблюдается постепенная нормализация температуры, однако состояние больного остаётся тяжелым вследствие интоксикации и астенизации (может сохраняться кашель)

Диагностика

- Р-логический метод наиболее важен
- (обзорная r-графия, томография, бронхография) бронхоскопия(несёт как диагностическую, так и лечебную нагрузку)
- УЗИ (при прикорневой локализации)
- Сканирование (снижение интенсивности накопления радиоактивного препарата в месте некроза и воспаления)

Бронхоэктатическая болезнь.

Бронхоэктазы – необратимые локальные расширения бронхов с изменением структуры их стенок. Форма расширенных бронхов различна, чаще наблюдаются цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы. Они могут быть (ограниченными, в одном сегменте и доле легкого) или распространенными (захватывают целое легкое и даже оба легких). Чаще бронхоэктазы наблюдаются в нижних долях легких.

БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

1. Врождённые (у 2/3 болезнь проявляется до 20 лет)

2. Приобретённые (бронхиты, бронхопневмонии и т.д.)

Как правило бронхоэктатическая болезнь двусторонний процесс (55% в левом лёгком, 45% в правом)

КЛАССИФИКАЦИИ

1.Ретенционные

2.Деструктивные

3.Ателектатические

1.Цилиндрические

2.Мешотчатые

3.Веретенообразные

4.Четкообразные

СТАДИИ

1. Поражение слизистой (клиники нет)
2. Поражение стенки бронха по всей толщине (повышение температуры, барабанные палочки - форма пальцев, дыхательная недостаточность)
3. Стадия гнойных осложнений в лёгких, поражения органов (легочное сердце, амилоидоз почек и т.д.).

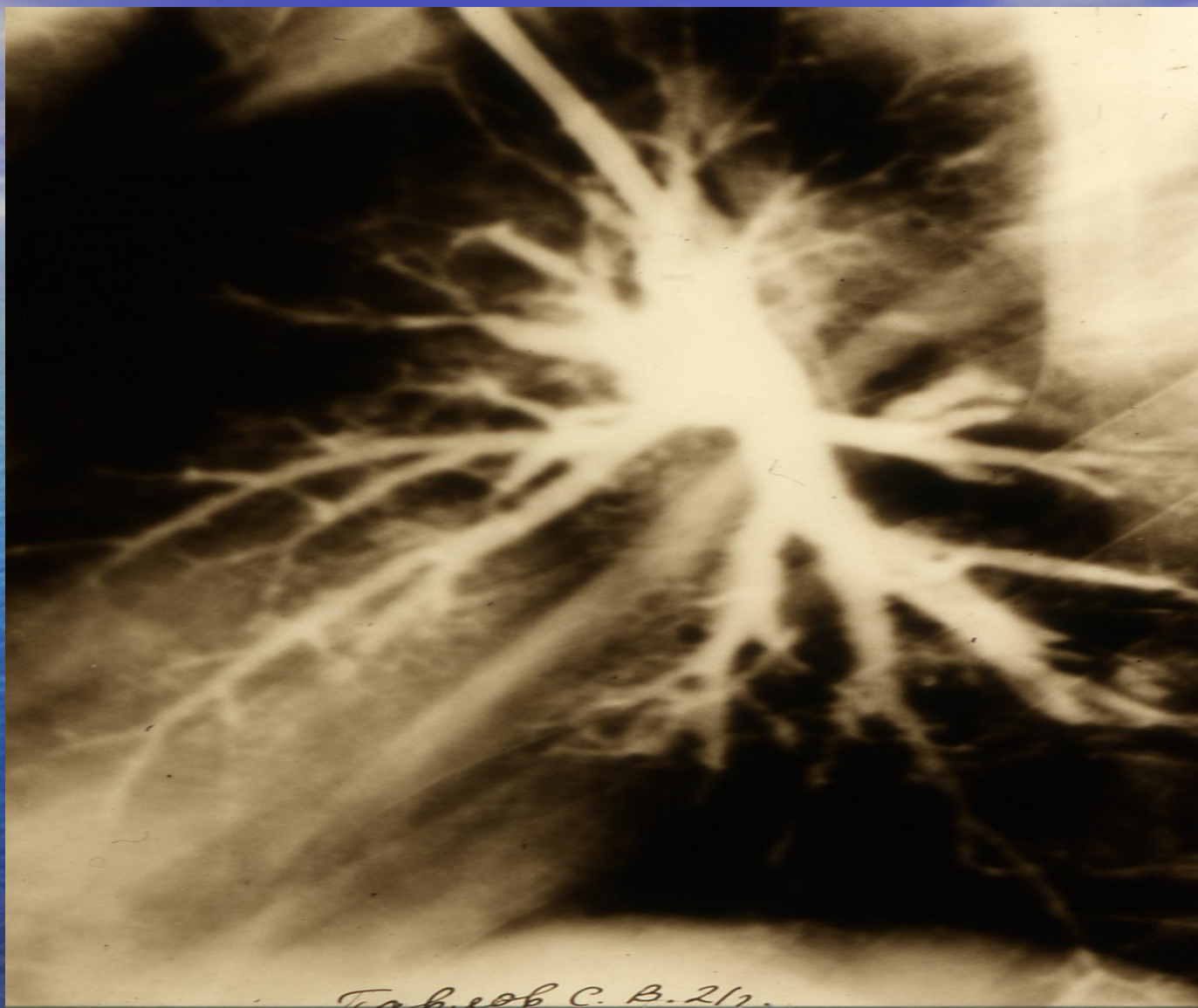
КЛИНИКА:

- - ухудшение общего состояния
- - кашель по утрам с мокротой(мокрота
есть в любое время)
- - боль в груди
- - одышка
- - кровохарканье
- - уменьшение **ЖЕЛ**

ДИАГНОСТИКА:

- **R-логические методы:**

- R-графия
- бронхоскопия
- бронхография
- ангиопульмонография



Tab. 106 C. B. 217.



ЛЕЧЕНИЕ:

1.Эндобронхиальная санация

2.Общее лечение

3.Оперативное:

а)радикальное лобэктомия,
пульмонэктомия

б)паллиативное - перевязка или окклюзия
лёгочных артерий

Противопоказания к оперативному лечению:

- а) снижение ЖЕЛ ниже 50%
- б) двустороннее поражение
- в) декомпенсация кровообращения
- г) амилоидоз

Эмпиема плевры

- скопление гноя в полости плевры. Заболевание протекает бурно. Жалобы на боли в боку, озноб, сильную потливость, температура тела 39-40 градусов, одышка, цианоз. Над пораженным участком наблюдается отечность, гиперемия и болезненность при пальпации. Заболевание оставляет после себя значительное плевральное сращение, иногда свищи, межмышечную флегмону. При затяжном течении возможно амилоидное перерождение почек с нарушением их функций. Питание полноценное с большим количеством витаминов.

Экссудативные плевриты

Воспаление плевры с образованием выпота в ее полости.

Классификация.

Основные формы плевритов

- сухие, или фибринозные,
- и выпотные, или экссудативные.

1. серозные,
2. серофибринозные,
3. гнойные,
4. геморрагические,
5. хилезные,
6. смешанные.

Классификации.

По локализации выпота различают:

- паракостальные,
- диафрагмальные,
- парамедиастинальные,
- междолевые плевриты.

Клиника.

- фебрильная температура тела,
- выраженные симптомы интоксикации,
- нейтрофильный лейкоцитоз,
- повышение СОЭ.

Исход

- развитие в плевральной полости спаечного процесса,
- заращение плевральных полостей и междолевых щелей,
- образование массивных наложений, шварт, утолщений плевры,
- развитие плевропневмоцирроза и дыхательной недостаточности.

Диагноз.

Диагноз основывается на данных объективного исследования, рентгенологической картине, наличии в плевральной полости жидкости воспалительного характера. Для экссудата в отличии от транссудата характерны содержание белка свыше 3 г/л, относительная плотность более 1200, положительная проба Ривальта (помутнение жидкости при добавлении к ней уксусной кислоты).

- Лечение комплексное, включает активное воздействие на основное заболевание и раннее энергичное лечение плеврита: при выпотном плеврите проводится в стационаре. Лечение складывается из следующих компонентов:
- антибиотикотерапия при инфекционно аллергических плевритах и целенаправленная химиотерапия при плевритах другой этиологии, препараты вводят парантерально, при показаниях – внутривенно;

лечение

- санация плевральной полости путем эвакуации экссудата, а при необходимости – промывание антисептическими растворами; назначение десенсибилизирующих и противовоспалительных средств (натрия салицилат, бутадион, хлорид кальция);

Лечение.

включение средств направленных на мобилизацию защитноимуннобиологических реакций организма: индивидуальный режим (в остром периоде постельный) рациональная витаминизированная диета с достаточным количеством белка, ограничением жидкости и поваренной соли, парентеральное введение аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, внутривенные капельные введения плазмозамещающих растворов, индивидуально дозированная лечебная физкультура, кислородотерапия, в период стихания плеврита – физические методы лечения (эл/ф хлорида кальция, УВЧ-терапия);

Лечение.

симптоматическая терапия: согревающие компрессы, горчичники, иммобилизация больной половины грудной клетки тугим бинтованием (при боли); кодеин, этилморфина гидрохлорид при кашле; кардиотонические средства при недостаточности кровообращения. Для предупреждения плевральных сращений рекомендуется дыхательная гимнастика, массаж. При развитии дыхательной и сердечной недостаточности показаны плевральные пункции.