

Нагноительные заболевания легких.

- 
1. Абсцесс легкого
 2. Гангрена легкого
 3. Бронхоэктатическая болезнь
 4. Нагноившаяся киста легкого
 5. Абсцедирующая (очаговая, септическая) пневмония

КОДЫ МКБ-10

- J47.0. Бронхоэктазия.
- Бронхиолэктазы. Исключены: врожденные бронхоэктазы (Q33.4), туберкулезные бронхоэктазы (текущее заболевание) (A15-A16)
- J85.0. Гангрена и некроз легкого.
- J85.1. Абсцесс легкого с пневмонией.
- J85.2. Абсцесс легкого без пневмонии.
- J98.4. Другие поражения легкого. Обызвествление легкого. Кистозная болезнь легкого (приобретенная). Болезнь легкого БДУ. Пульмолитиаз
- Q33.0. Врожденная киста легкого.
- Q33.4. Врожденная бронхоэктазия .

Абсцесс легкого.

Процесс характеризующийся наличием более или менее ограниченной гнойной полости в легочной ткани, которая является результатом инфекционного некроза, деструкции и расплавления последней. Эта гнойная полость отграничена от непораженных участков пиогенной капсулой.

Классификация абсцессов легкого

По клинико-морфологической форме:

Абсцесс без секвестрации – гнойно-некротическое воспаление легкого с бактериальным и(или) аутолитическим протеолизом некроза, характеризующееся образованием одиночной (или множественной) ограниченной полости в легочной ткани с четкой демаркацией от жизнеспособной легочной ткани и гнойным содержимым

Абсцесс с секвестрацией («гангренозный абсцесс»). – некроз участка легкого с последующим протеолизом его по периферии с формированием полости с демаркацией от жизнеспособной легочной ткани с пристеночными или свободно лежащими тканевыми секвестрами.

1) По характеру течения(и в какой-то мере по временным критериям):

- острый;
- деструктивный процесс с подострым (затяжным) течением;
- хронический абсцесс легких (хроническое течение гангрены невозможно), в котором выделяют фазу обострения и фазу ремиссии.

2) По этиологии:

- деструктивные процессы, вызванные аэробной и (или) условно анаэробной флорой;
- деструктивные процессы, вызванные облигатной анаэробной флорой;
- деструктивные процессы, вызванные смешанной аэробно-анаэробной флорой;
- деструктивные процессы, вызванные небактериальными возбудителями (грибы, простейшие и т.д.).

3) По механизму инфицирования:

- бронхогенные (аспирационные, ингаляционный, постпневмонические, обтурационные)
- гематогенные (тромбоэмболические постинфарктные, септикопиемические);
- травматические;
- из пограничных тканей и органов, т.е. связанные с непосредственным переходом нагноений с соседних органов (контактный, лимфогенный)

4) По распространенности процесса:

- одиночные,
- множественные, в том числе одно- и двусторонние.

5) По расположению:

- периферические,
- центральные.

Гангрена легкого.

Представляет собой бурно прогрессирующий и не склонный к отграничению от жизнеспособной легочной ткани гнойно-гнилостный некроз всего легкого или отделенной плеврой анатомической структуры (доли), в котором перемежаются зоны гнойного расплавления и неотторгнутого некроза.

Классификация гангрены легкого.

1) По распространенности:

- лобарная;
- субтотальная;
- тотальная.

2) По стороне поражения:

- односторонняя
- двусторонняя

Бронхоэктатическая болезнь.

Хроническое приобретенное, а в ряде случаев врожденное, заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов (bronхоэктазами), сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы, цирроза в паренхиме легкого.

Классификация бронхоэктатической болезни

1) По этиологии бронхоэктазов:

- врожденные
- приобретенные

2) Этиопатогенетическая классификация (Thurbeck W.M., Iseman M.D.):

- постинфекционные
- обструктивные
- ингаляционные
- аспирационные
- генетически детерминированные
- врожденные аномалии
- первичные иммунные расстройства
- дефицит или аномалии α_1 -антитрипсина
- хронические диффузные заболевания легких известной или неустановленной этиологии
- идиопатические воспалительные расстройства
- другие причины

3) По распространенности:

- локализованные (одностороннее поражение);
- диффузные (двустороннее поражение).

4) По форме:

- цилиндрические;
- веретенообразные;
- мешотчатые,
- кистоподобные;
- смешанные.

5) По наличию ателектаза легкого:

- без ателектаза;
- с ателектазом.

7) По клиническому течению:

- фаза обострения;
- фаза ремиссии.

Нагноившаяся киста легкого

Заболевание, характеризующееся наличием врожденного или приобретенного полостного образования в легочной ткани, которое сообщается с бронхом и содержит воздух и инфицированную жидкость и ткани.

Классификация нагноившихся кист легкого.

1) По происхождению:

- врожденные: кисты из бронхиального дерева (бронхиальные кисты), кисты, имеющие альвеолярное строение;
- приобретенные: тонкостенные воздушные полости, располагающиеся под висцеральной плеврой (буллезное легкое) или в междолевой борозде.

Клинические проявления абсцесса легких.

- **Период до прорыва гнойника в бронх**-начинается остро с недомогания, озноба, выраженного повышения температуры тела, боли в грудной клетке при вдохе. Сухой мучительный кашель. Затруднение дыхания и одышка из-за невозможности глубокого вдоха или рано развивающейся дыхательной недостаточности беспокоят многих больных уже в первые дни болезни
- **Период после прорыва гнойника в бронх** -главным проявлением является приступообразный кашель с отхождением «полным ртом» обильного количества (до 500 мл) гнойной или ихорозной зловонной мокроты, часто с примесью крови. Этот период чаще всего переходит в реконвалесценцию.

Клинические проявления гангрены легкого.

Для данных процессов характерно наличие в анамнезе состояний, связанных с возможностью достаточно массивной аспирации (алкогольный эксцесс, бессознательное состояние и проч.). Иногда при анаэробных гангренозных процессах еще до появления обильной мокроты ощущается зловонный запах изо рта. Типично относительно раннее появление обильной зловонной мокроты сероватого цвета, иногда содержащее обрывки легочной ткани, несоответствие обширности поражения легочной ткани умеренным нарушениям общего состояния. Так же характеризуется развитием осложнений, быстро приводящее к выраженному истощению, анемии, значительной легочно-сердечной недостаточности. Продолжаются высокая гектическая лихорадка, изнурительные ознобы и пот. Больные быстро истощаются, кожа становится слегка желтушной или землисто-серой.

Клинические проявления бронхоэктатической болезни.

Клиническая симптоматика при бронхоэктатической болезни меняется в зависимости от фазы (обострение, ремиссия) и стадии ее развития.

- **Начальная стадия-** Обусловлена несформированными бронхоэктазами и проявляется клиникой бронхита (непостоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой)
- **Стадия нагноения бронхоэктазов-** Обусловлена появлением гноя в бронхах. В фазу обострения заболевания проявляется фактически клиникой острого легочного нагноения. Может быть подразделена на 2 периода
 - 1) как гнойный бронхит с обострениями в виде бронхопневмоний.
 - 2) с выраженными симптомами бронхоэктатической болезни.
- **Стадия деструкции.** Связана с переходом нагноительного процесса из бронхов на окружающую легочную ткань с развитием пневмосклероза.

Клинические проявления нагноительных кист легкого.

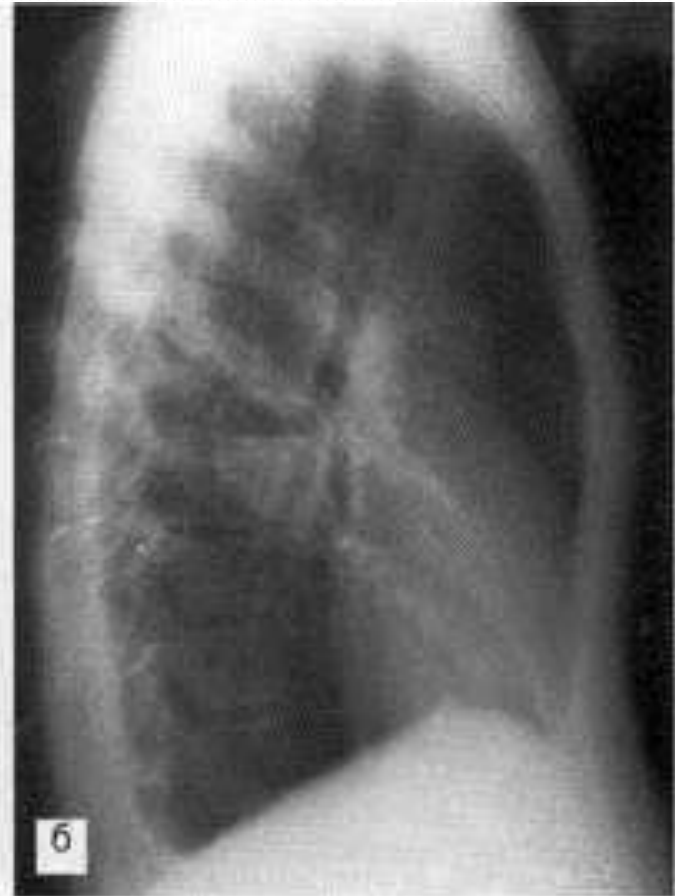
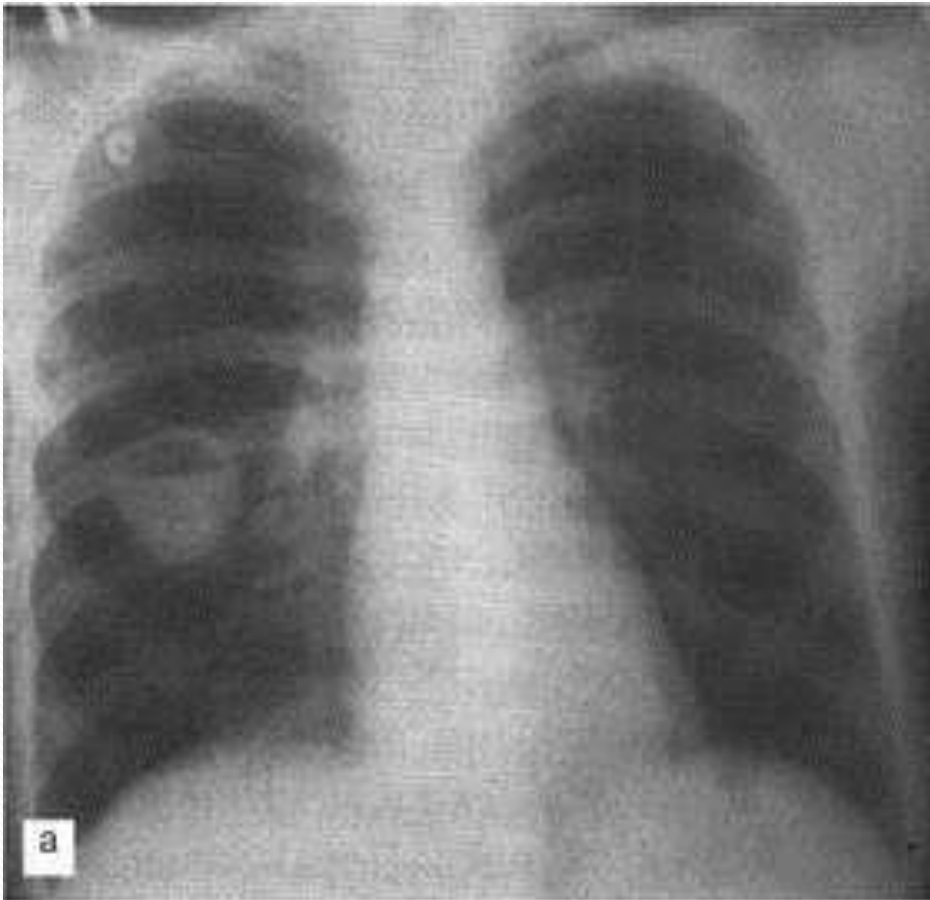
Клиника инфицированной кисты (или кист) неспецифична и соответствует проявлениям любого легочного нагноения. При этом нагноившиеся кисты легкого отличаются от абсцессов относительно «мягким» течением инфекционного процесса (отсутствие высокой температуры тела, интоксикации, необильная слизисто-гнойная мокрота).

Диагностика нагноительных заболеваний легких.

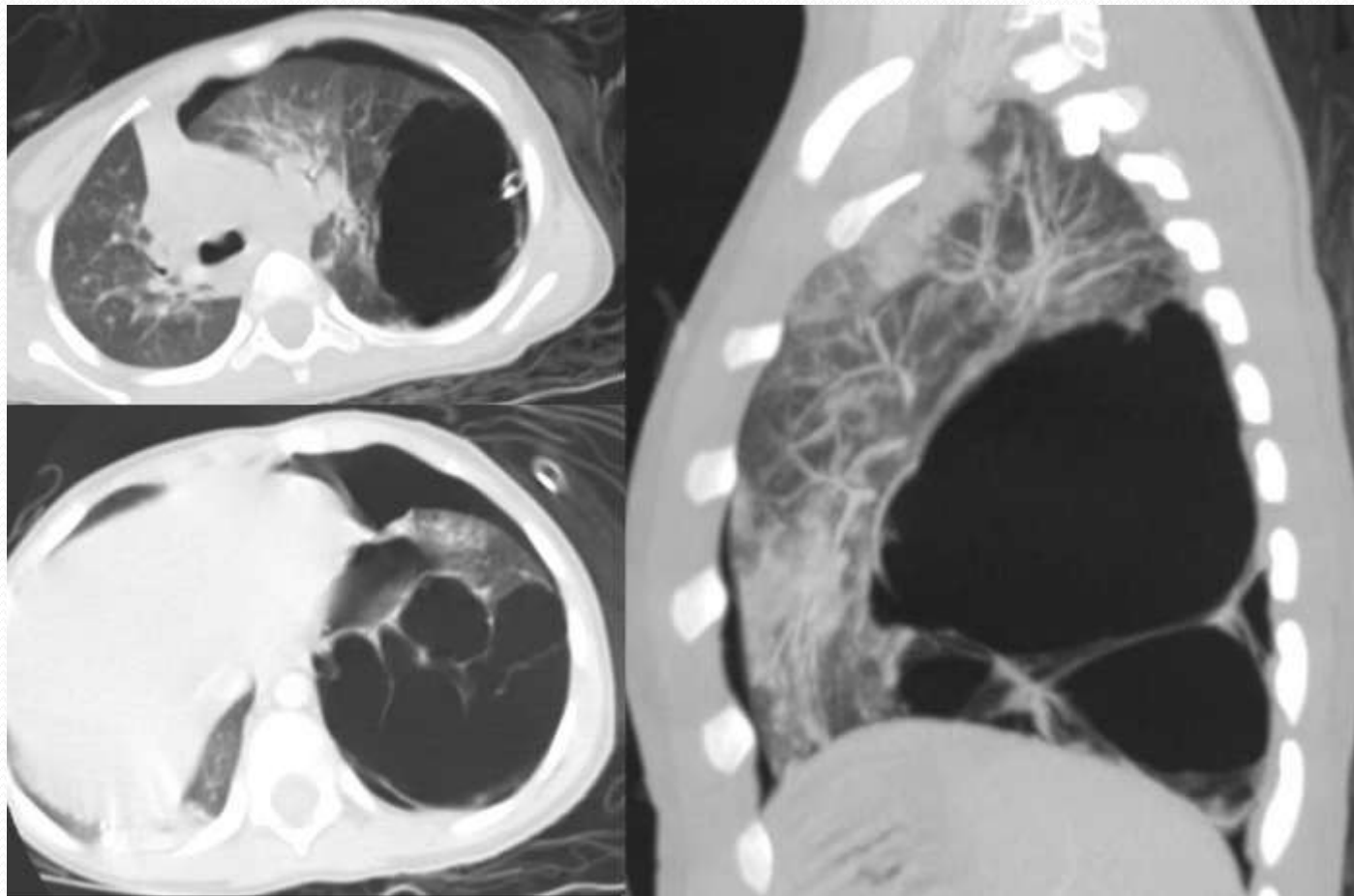
Общий перечень методов исследования.

- 1)Общеклинические физикальные методы обследования- необходимо ориентироваться на выявление признаков дренируемости гнойника бронхом или его обтурации.
- 2)Лабораторные методы исследования-(общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови), направленные на выявление признаков интоксикации и гнойного воспаления, органной недостаточности.
 - отмечаются лейкоцитоз с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.
 - нарастает анемия.
 - значительное увеличением СОЭ.
- 3)Лабораторное исследование мокроты -бактериоскопическое исследование мокроты позволяет ориентировочно судить об этиологии деструкции, так как в мазках хорошо видны трудно культивируемые микроорганизмы

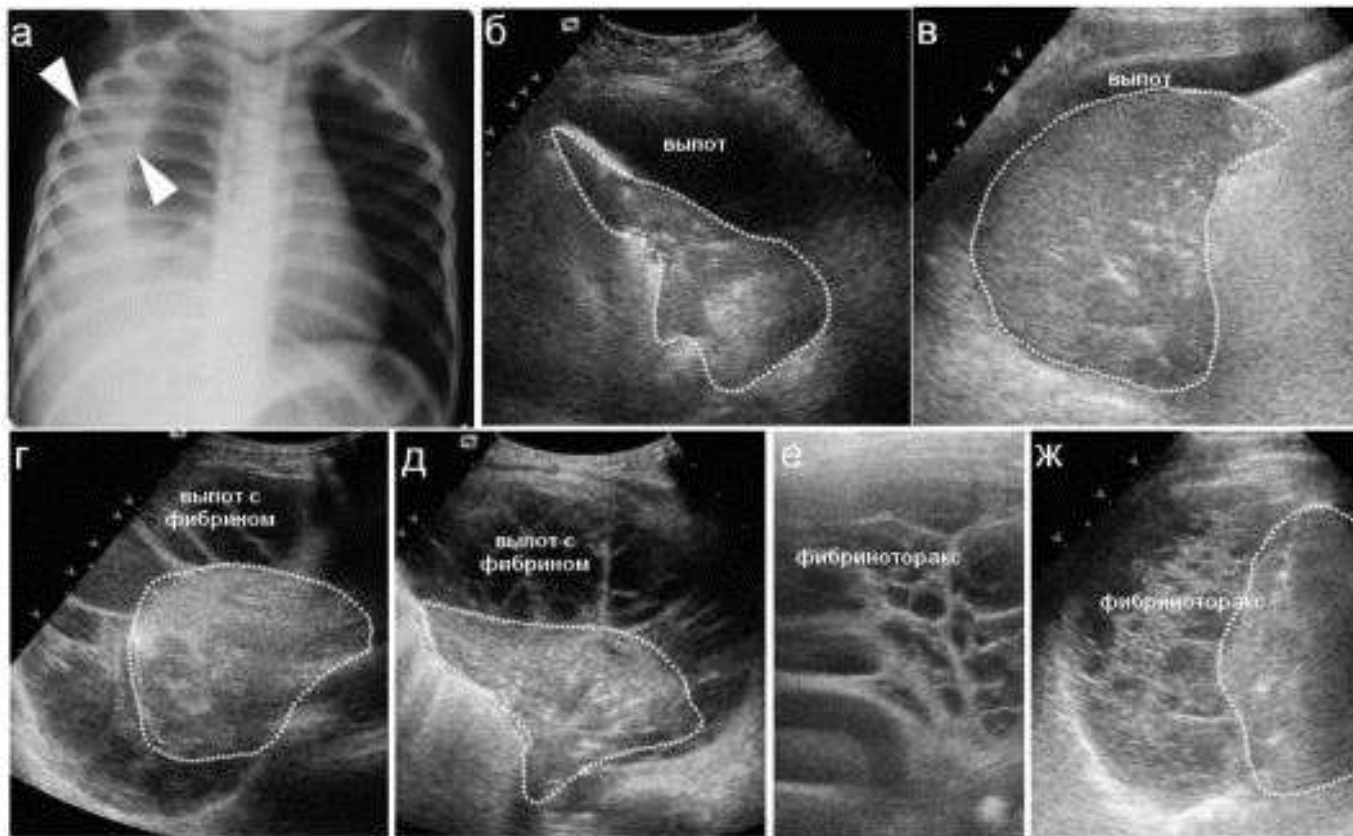
Обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях- должна быть предпринята сразу же всем больным при подозрении на деструктивный процесс в легком.



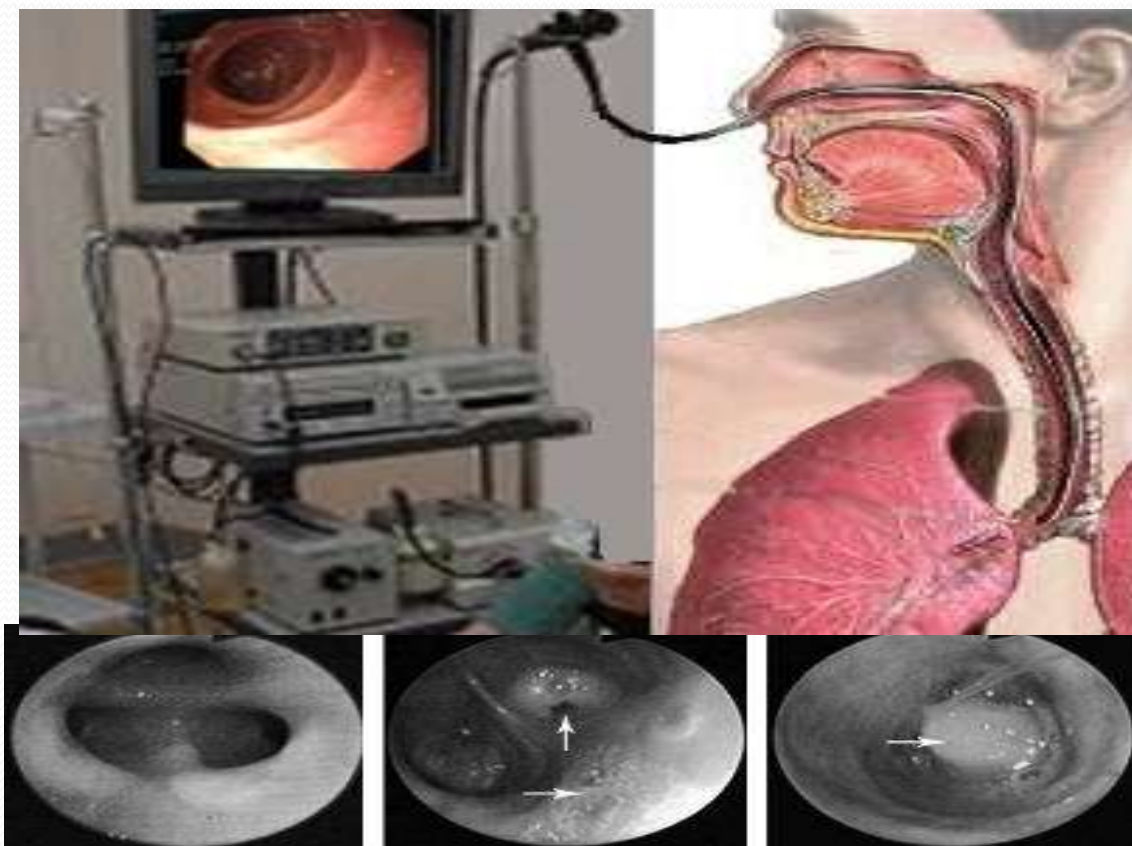
Компьютерная томография органов грудной клетки-
позволяет убедительно установить характер нагноения
легкого.



Ультразвуковое исследование плевральных полостей необходимо для определения точки для безопасного и адекватного дренирования плевральной полости в случае наличия плевральных осложнений



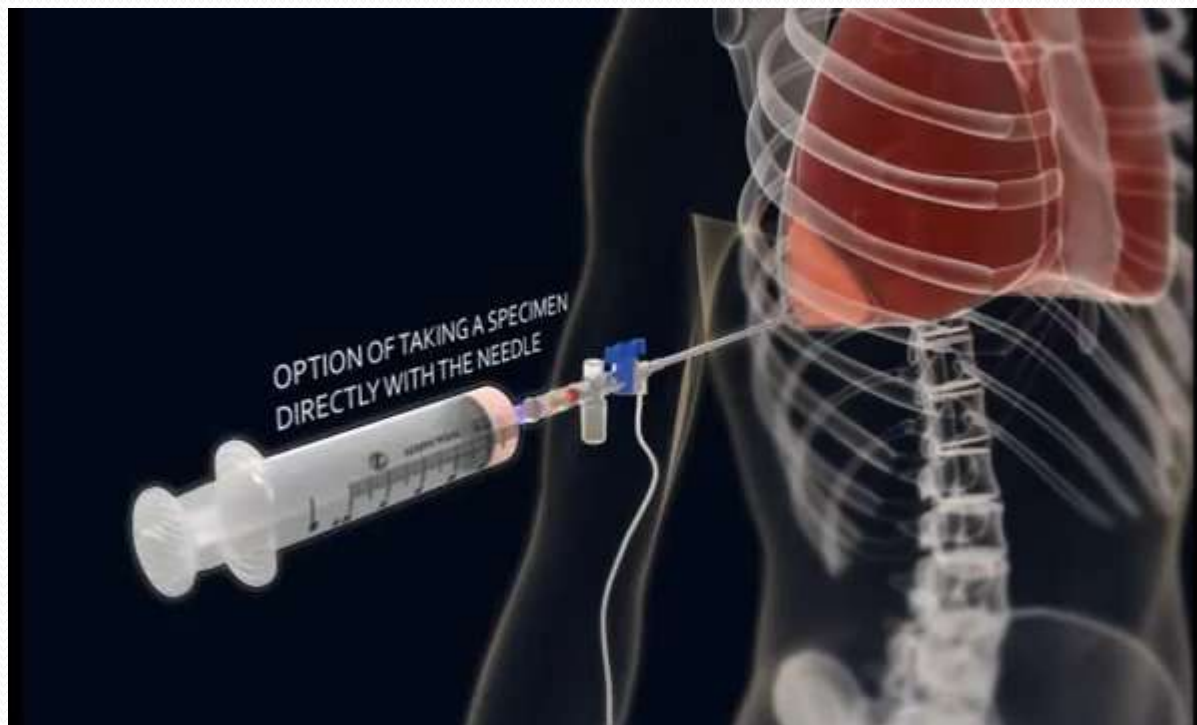
- Фибробронхоскопия-позволяет определить локализацию дренирующего бронха, следить за его состоянием в ходе заболевания и осуществлять ряд лечебных мер.



Исследование функции внешнего дыхания-
может быть полезно при установлении показаний к операции
у больных с гангреной легкого (пневмонэктомия как
«операция отчаяния») для определения функциональных
резервов остающегося легкого и переносимости операции.



Диагностическая пункция плевральной полости-показана при наличии клинических и рентгенологических признаков гидроторакса. Экссудат направляется на цитологическое, бактериоскопическое и бактериологическое исследование (с определением чувствительности флоры к антибиотикам)



лечение абсцесса легкого

- Госпитализация пациента в специализированное торакальное хирургическое отделение.
- Мероприятия, направленные на поддержание и восстановление общего состояния больного и коррекцию нарушенного гомеостаза.
 - Восстановление основных гемодинамических параметров
 - Коррекция электролитного баланса.
 - Поддержание энергетического баланса.
 - Восстановление иммунологической реактивности больного в остром периоде.
- Мероприятия, направленные на обеспечение оптимального дренирования очагов деструкции в легком через бронхиальное дерево.
 - Бронхорасширяющие средства.
 - Средства, способствующие разжижению мокроты.
 - Санационная фибробронхоскопия.
- Мероприятия, направленные на подавление возбудителей инфекционного процесса.(Адекватная антибактериальная терапия)
- Оперативное лечение, направленное на ликвидацию гнойного очага.
 - Трансторакальное дренирование полости абсцесса. Выполняется в условиях рентгенооперационной (трансторакальное пункционное дренирование полости абсцесса)
 - Лобэктомия, пневмонэктомия.
 - Видеоторакоскопическая санация и дренирование плевральной полости.

Лечение гангрены легкого.

ТОЛЬКО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показания к экстренной операции:

- легочное кровотечение;
- напряженный пиопневмоторакс;
- пиопневмоторакс с большим сбросом воздуха через бронхиальный свищ;
- флегмона грудной стенки;
- угроза асфиксии при большом количестве мокроты и поступлении ее в контралатеральное легкое.

Показания к срочной операции:

- отсутствие эффекта от интенсивного консервативного лечения;
- прогрессирование гангрены.

Показания к плановой операции:

- формирование хронического абсцесса;
- формирование фиброателектаза и пневмоцирроза с опасностью повторной деструкции.

Лечение бронхоэктатической болезни

-Схема лечения соответствует лечению острых легочных нагноений, описанной выше

-Оперативное лечение выполняется при условиях и ситуациях, не оговоренных в показаниях к консервативному лечению.

Настойчивые показания к хирургическому лечению возникают при наличии указаний в анамнезе и на момент госпитализации:

- рецидивирующего кровохарканья;
- легочного кровотечения;
- пневмоторакса;
- частых обострений заболевания и коротких ремиссиях (невозможность достигнуть стойкой ремиссии в течение 2-3 лет);
- цирроза легкого с гнойным процессом в резко расширенных бронхах.

Лечение нагноившихся кист легкого.

В связи с относительно «мягким» течением заболевания операция выполняется в основном в плановом порядке.

При нагноении солитарной кисты производят ее иссечение с максимальным щажением непораженной легочной ткани.

При инфицированном поликистозе единственным методом, ведущим к радикальному излечению, является лобэктомия, а иногда и пневмонэктомия. Однако это оказывается выполнимо при односторонних поражениях.