**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**

**Министерство здравоохранения Забайкальского края**

**Государственное учреждение здравоохранения**

**КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**

Коханского ул., д. 7, г.Чита, 672038,

тел. 31-43-23, факс. (302-2) 31-43-24 E-mail: [priem@kkb.chita.ru](mailto:priem@kkb.chita.ru)

   № 390-0                                                                                  23.09.2016 года

                                                                                                               УТВЕРЖДАЮ

                                                         Главный врач ГУЗ «ККБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                                                                           Шальнев В.  А.

**Информационное письмо**

**ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ**

***Чугай О.А.. врач-хирург отделения гнойной хирургии;***

***Хавень Б.Н.,заведующий отделением гнойной хирургии .***

**ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ** - патологическое состояние, характеризующееся воспалением и разрушение лёгочной ткани, формированием в легочной ткани абсцессов и булл, склонных к прорыву в плевральную полость с развитием плевральных осложнений.

**Этиология.** Природа острой деструктивной пневмонии в последние годы несколько видоизменилась вследствие резкого учащения сочетания стафилококковой инфекции с респираторно-вирусной и иной патогенной и условнопатогенной флорой (эшерихии, синегнойная палочка, протей и др.).

**Патогенез.** Инфекция попадает в легочную паренхиму через пораженные стенки бронхов или гематогенным путем, вызывая деструктивные изменения в виде тонкостенных воздушных полостей (булл) или абсцессов. Они могут опорожняться в плевральную полость с развитием пиопневмоторакса или пневмоторакса. Субплеврально расположенные гнойные очаги осложняются эмпиемой плевры.

**Классификация.** Различают бронхогенную, или первичную, деструктивную пневмонию (около 80%) и гематогенную (септическую), или вторичную, деструктивную пневмонию (около 20%), являющуюся следствием метастазирования инфекции из другого гнойно-септического очага.

 Первая разновидность характеризуется преимущественно односторонними единичными очагами деструкции, вторая отличается генерализованным двусторонним поражением в виде множественных мелких очагов. Кроме того, принято выделять внутрилегочную форму, или стадию острой деструктивной пневмонии (абсцессы, буллы) и легочно-плевральную, как результат контактного перехода гнойно-воспалительного процесса с легкого на плевру или прорыва в плевральную полость очагов деструкции (абсцессов, булл). Выделяют также медиастинальную форму деструкции (пневмомедиастинум, медиастинит).

Различают две стадии процесса – интрапульмональную форму (стадия острого деструктивного процесса) и лёгочно-плевральную (стадия контактного гнойно- воспалительного процесса). Последняя форма характеризуется передачей контактным путём инфекции от лёгочной ткани плевре и плевральной полости.

**Клиника.** Зависит от этиологических и патогенетических особенностей (первичная или вторичная деструкция) и формы процесса. При первичной бронхогенной деструкции внутрилегочные изменения развиваются, как правило, с одной стороны, в пределах одной, реже — нескольких долей. Это проявляется ухудшением состояния, более заметном в случае превращения очагов деструкции в гнойные полости (абсцессы) и менее выраженном — при формировании «сухих» полостей (булл). Нагноительный процесс характеризуется повышением температуры, которая приобретает гектический характер, нарастанием лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево до нейтрофильных гранулоцитов, парезом кишечника у маленьких детей. Если вторичная септическая деструкция принимает двусторонний характер, в клинической картине преобладают симптомы дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности на специфическом фоне.

**Осложнения деструктивной пневмонии:**

1. Абсцесс лёгкого.

2.Острая эмпиема плевры.

3. Пиопневмоторакс.

4. Бронхоплевральный свищ.

5. Пневмомедиастинум. Медиастинит.

**Диагностика**.

Ведущим методом диагностики является рентгенологический (рентгенография ОГК в прямой и боковой проекциях, КТ ОГК).

Окончательный диагноз выставляется на основании клинической картины, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических методов исследования.

**Лечение:**

Лечение пациента должно осуществляться в стационаре, в условиях хирургического отделения, необходимо проведение динамического рентген- контроля, в случае появления экссудата (транссудата) – дренирование плевральной полости (пункция плевральной полости при данном заболевании имеет только диагностический характер, но не лечебный!).

**I Консервативное лечение:**

1.Антибактериальная терапия (наиболее эффективны антибиотики из группы фторхинолонов, макролидов, цефалоспоринов и карбапенемов). Карбапенемы являются препаратом выбора, применяются в особо тяжёлых случаях, при неэффективности других антибактериальных препаратов, поэтому начинать лечение с данной группы препаратов не следует). Лечение деструктивной пневмонии должно осуществляться 2-мя антибиотиками разных групп, с внутривенным путём введения. Назначение антибактериального препарата должно осуществляться с учётом бак. посева транссудата из плевральной полости, мокроты и определения чувствительности к а/б препаратам.

2. Инфузионная, дезинтоксикационная терапия.

3.Бронхолитики (лазолван, амбробене, бромгексин, ацетилцистеин, амброксол, грудной сбор). Препараты возможно применять как внутрь, так и в виде ингаляций через небулайзер.

4.Десенсибилизирующая терапия.

5. Проведение эфферентной терапии.

6. Симптоматическая терапия.

**II Оперативное лечение:**

1.Дренирование плевральной полости (в случае развития эмпиемы плевры).

- Дренирование плевральной полости должно осуществляться дренажами с просветом не менее 10 мм.

- Через установленные дренажи должна осуществляться санация плевральной полости растворами антисептиков не менее 2-х раз в сутки.

- Дренажи должны быть связаны с системой активной аспирации (электроотсос, вакуум-аспирация, дренаж Редона).

В случае имеющегося бронхоплевроторакального свища (проявляется постоянным сбросом воздуха по дренажу, отсутствием расправления лёгкого при проведении постоянной активной аспирации, рентгенологически - наличием воздуха в плевральной полости, при введении в дренаж антисептического раствора появляется сильный кашель) показано проведение клапанной бронхоблокации в условиях специализированного отделения.

2. Пункционное дренирование абсцесса лёгкого под рентген контролем (в условиях специализированного учреждения).

Пациенты с деструктивной пневмонией - это тяжёлая группа больных, требующая качественного и своевременного лечения. Далеко не всегда удаётся справиться с данным заболеванием в условиях ЦРБ, особенно при развитии осложнений (или уже имеющихся у пациента при первичном обращении за мед. помощью).

При поступлении такого пациента в ЦРБ необходимо проведение всех имеющихся в стационаре обследований, после чего по телефону (телемосту) получить консультацию гнойного хирурга ГУЗ ККБ (в ближайшие 7-10 дней), для определения дальнейшей тактики лечения или возможного перевода в специализированное учреждение.

вр. Чугай О.А.

з/о ОГХ Хавень Б.Н.