

Воспалительные заболевания органов дыхания

Острые пневмонии

Деструктивные пневмонии

Плевриты

Пневмотораксы

Пневмония -

- Острое инфекционное заболевание, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких с внутриальвеолярной экссудацией, выявляемой при объективном и Rn обследовании, выраженной в различной степени лихорадочной реакцией и интоксикацией.

Классификация пневмоний:

- По этиологии (вирусная, бактериальная, грибковая)
- По клинико-морфологическим признакам:
 - Паренхиматозная:
 - долевая (полисегментарная)
 - очаговая (бронхопневмония)
 - Интерстициальная
- По локализации и протяженности:
 - Односторонняя (тотальная, долевая, полисегментарная, сегментарная, дольковая, центральная)
 - Двусторонняя

Классификация пневмоний:

- По тяжести (тяжелая, средней степени, легкой ст.)
- По течению (острая, затяжная)
- По нарушению внешнего дыхания и кровообращения:
 - Без функциональных нарушений
 - С функциональными нарушениями
- По наличию осложнений:
 - Неосложненная
 - Осложненная (легочные – отек легкого, плеврит, деструкция (= абсцедирование), не легочные – инфекционно-токсический шок, ДВС-синдром и т.д.)

Классификация пневмоний:

- В зависимости от условий возникновения:
 - Внебольничная (амбулаторная),
 - Госпитальная (нозокомиальная),
 - Атипичная (вызвана внутриклеточными патогенами),
 - Пневмония у больных с иммунодефицитом (ВИЧ, наркомания, на фоне цитостатической, гормоно- или химио- терапии)
- Фаза заболевания:
 - Разгара
 - Разрешения
 - Реконвалесценции
 - Затяжное течение

Паренхиматозные пневмонии

Долевые или полисегментарные пневмонии

- Крупозные пневмонии известны еще со времен Гиппократов. Обусловлены аэрогенным проникновением инфекции в сенсibilизированный пневмококками организм.

- Начинаются остро, внезапно и Rn-изменения обычно сохраняются дольше, чем клинические.

- 1) ст. гиперемии (прилива) 4-5 дней. Выраженная интоксикация, дыхательная недостаточность.

Rn-проявления: усиление и сгущение легочного рисунка. Может быть расширение корня на стороне поражения.

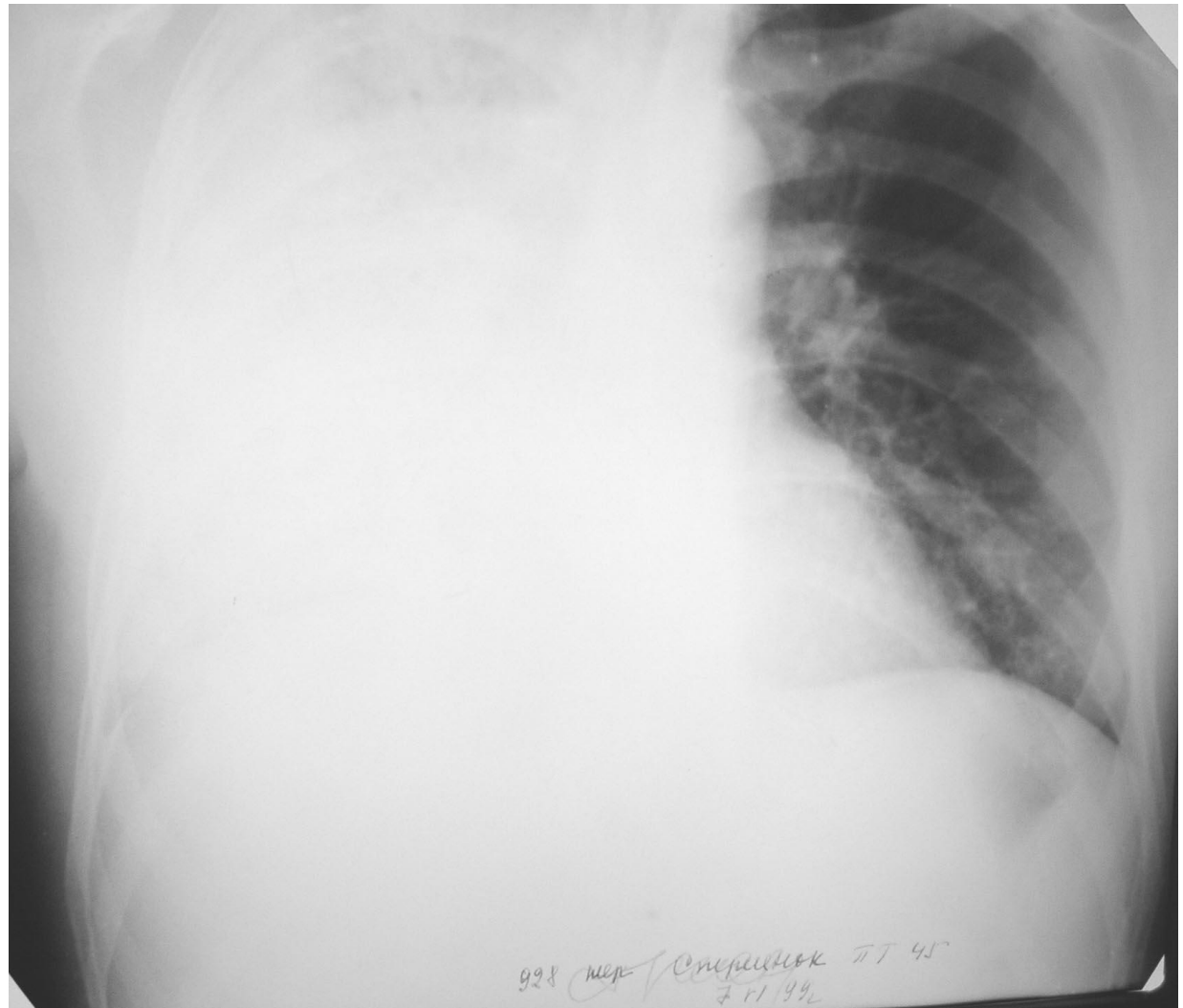
- 2-3) ст. серого и красного опеченения. По 5 дней. Клинически- высокая t, кашель с обильной мокротой, одышка, притупление перкуторного звука, влажные хрипы.

Rn-проявления: синдром затемнения. Важно- интенсивность, однородность, симптом воздушной бронхографии. Может быть небольшой плеврит.

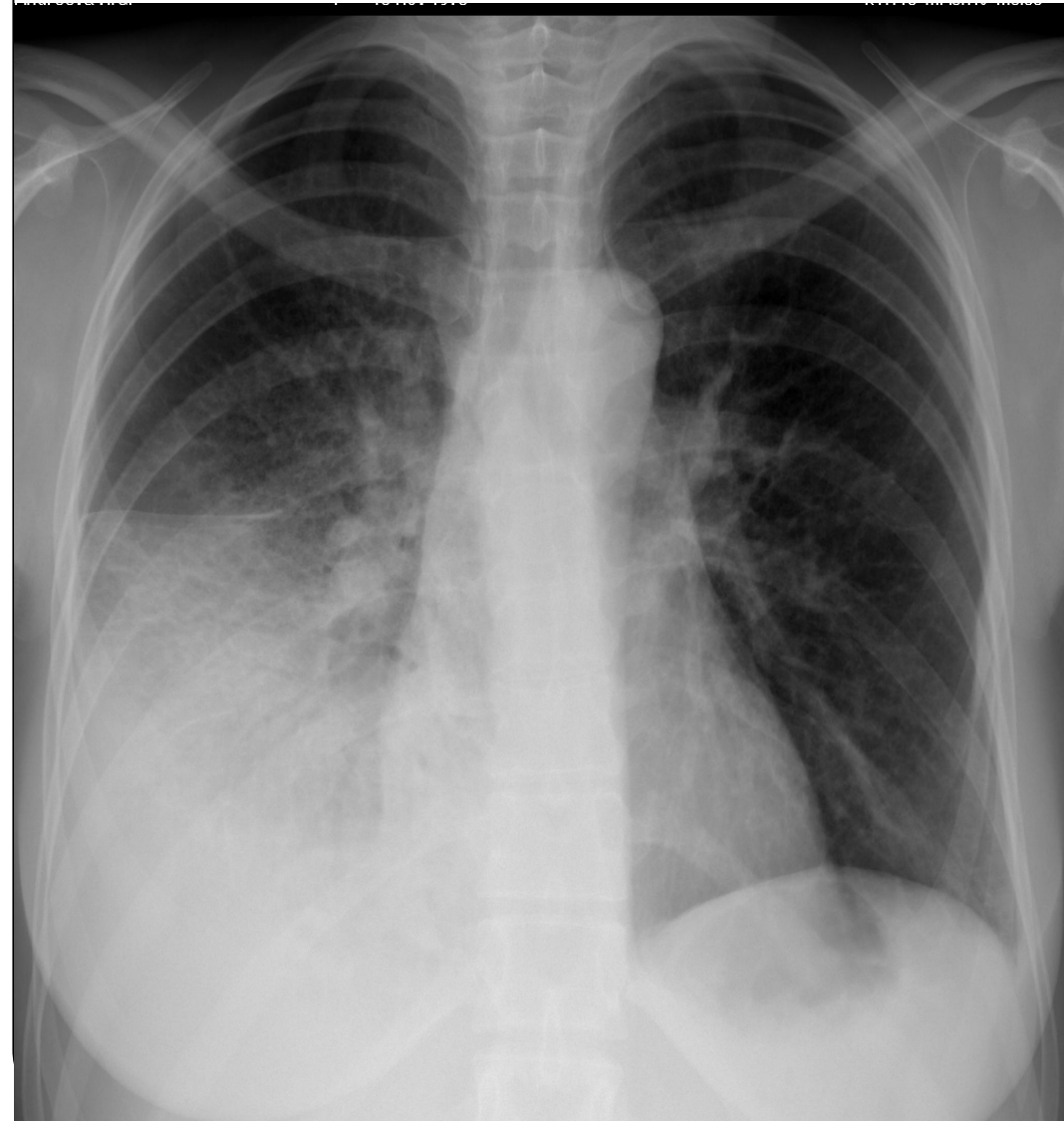
- 4) ст. разрешения – остаточные изменения. Может проявляться локальным усилением, деформацией легочного рисунка (пневмофиброзом).

Тотальное затемнение

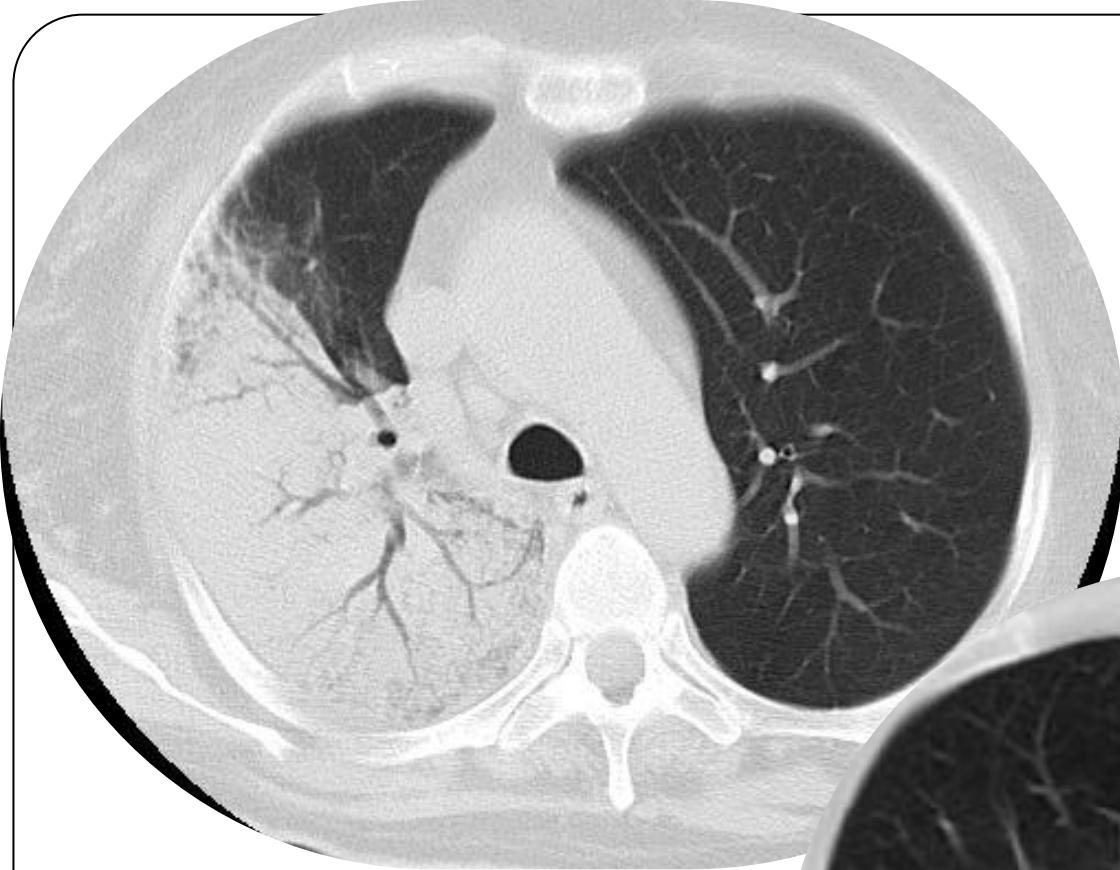
- Затемнение интенсивное, однородное/неоднородное, с симптомом воздушной бронхографии.
- Средостение не смещено.



Субтотальное затемнение
(правосторонняя нижнедолевая
пневмония)



Компьютерные
томограммы:
синдром затемнения
с воздушной
бронхографией



Паренхиматозные пневмонии

Очаговые или бронхопневмонии

- Начинаются, как правило, после ларингита, трахеита, бронхита, и в результате неадекватного лечения процесс распространяется сверху вниз контактным путем. Обычно двусторонние.
- Изменение пневматизации обоих легких (гиповентиляция, клапанное вздутие, микроателектаз)
- Перибронхиальные изменения
- Очаги в прикорневых зонах нижних отделов легких
- Сливная очаговая инфильтрация

Очаговая пневмония

Mizyurkin I.P.

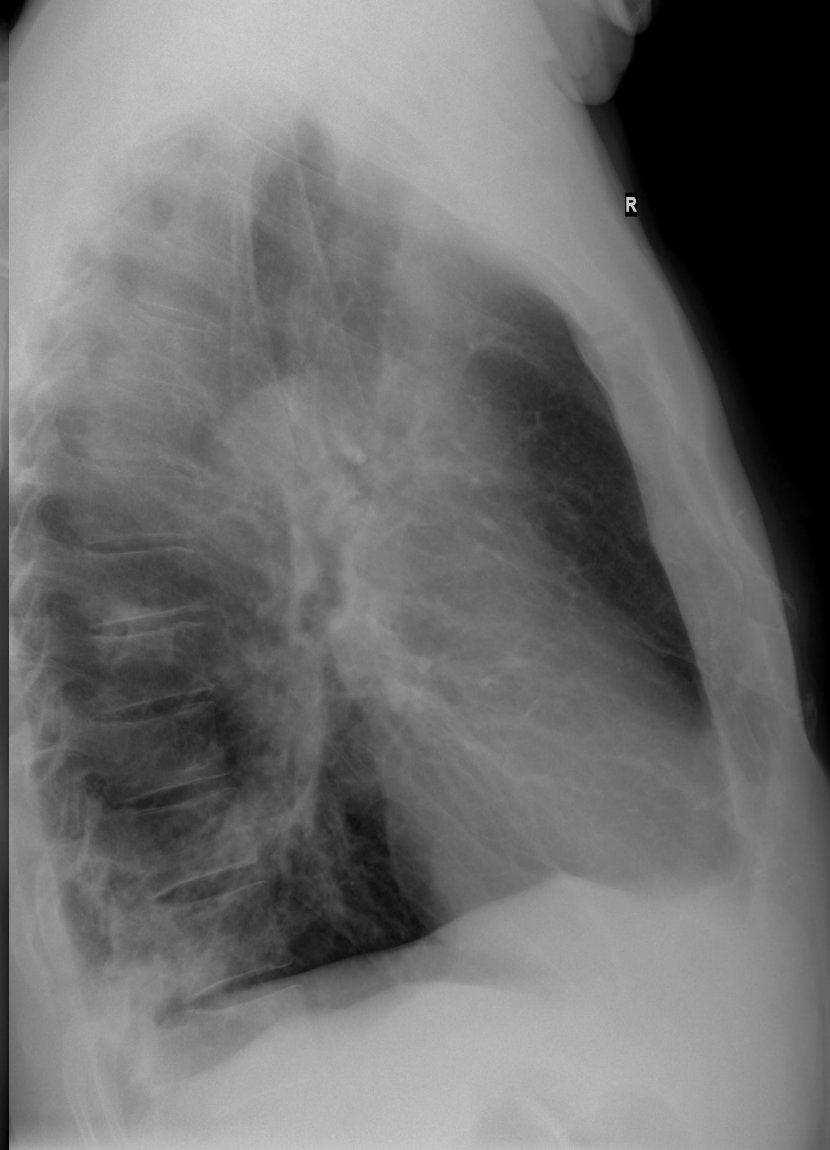
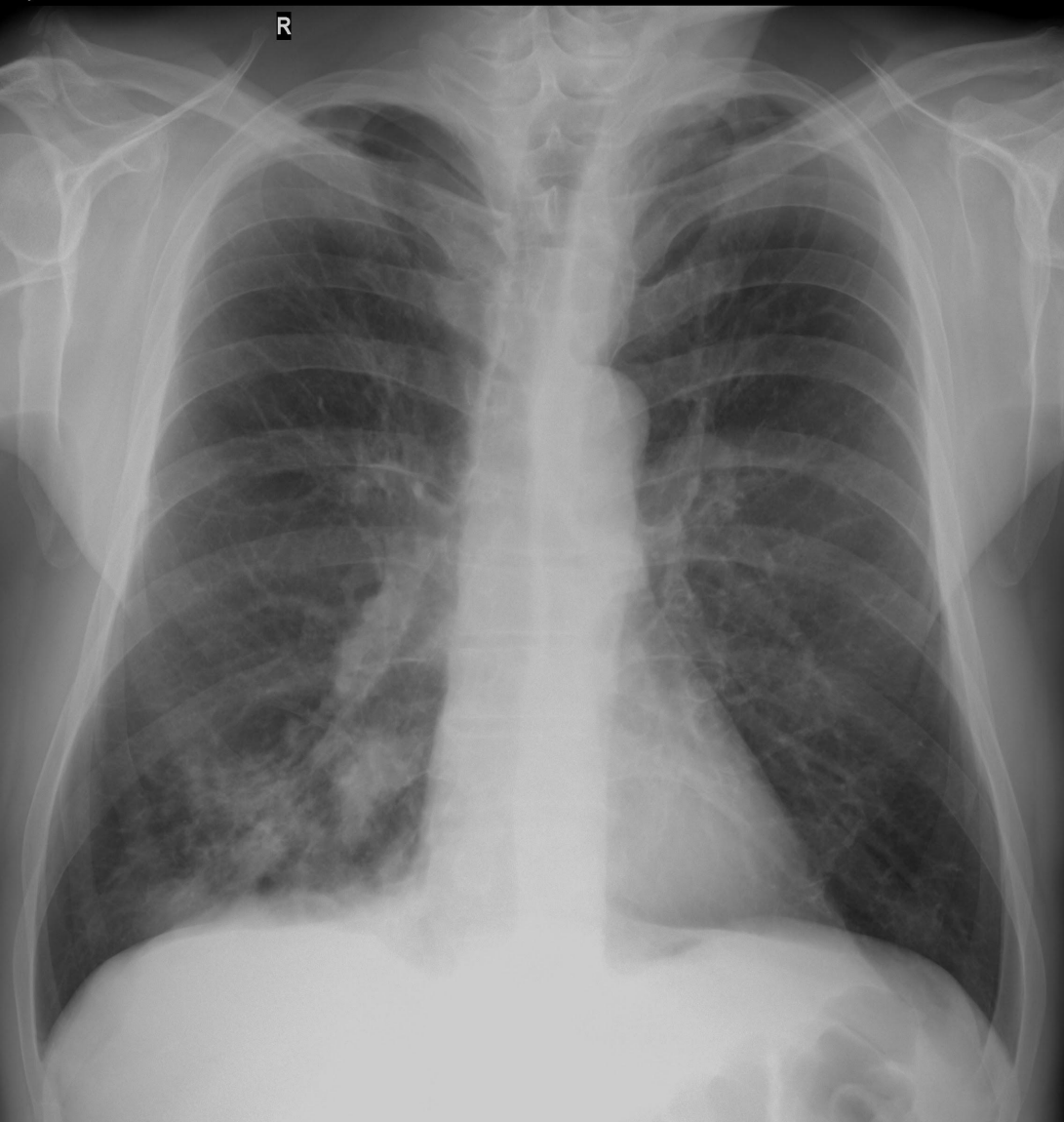
M 29 Jul 1955

kV:115 mAs:2.3 ms:19

in I.P.

M 29 Jul 1955

kV:125 mAs:3.8 ms:24



L: 2641 W: 4661

M=1.0 172mGy*cm2

04 Oct 2010 15:12

Ser:3 lmg:1/1

W: 4298

M=1.0 276mGy*cm2

04 Oct 2010 15:13

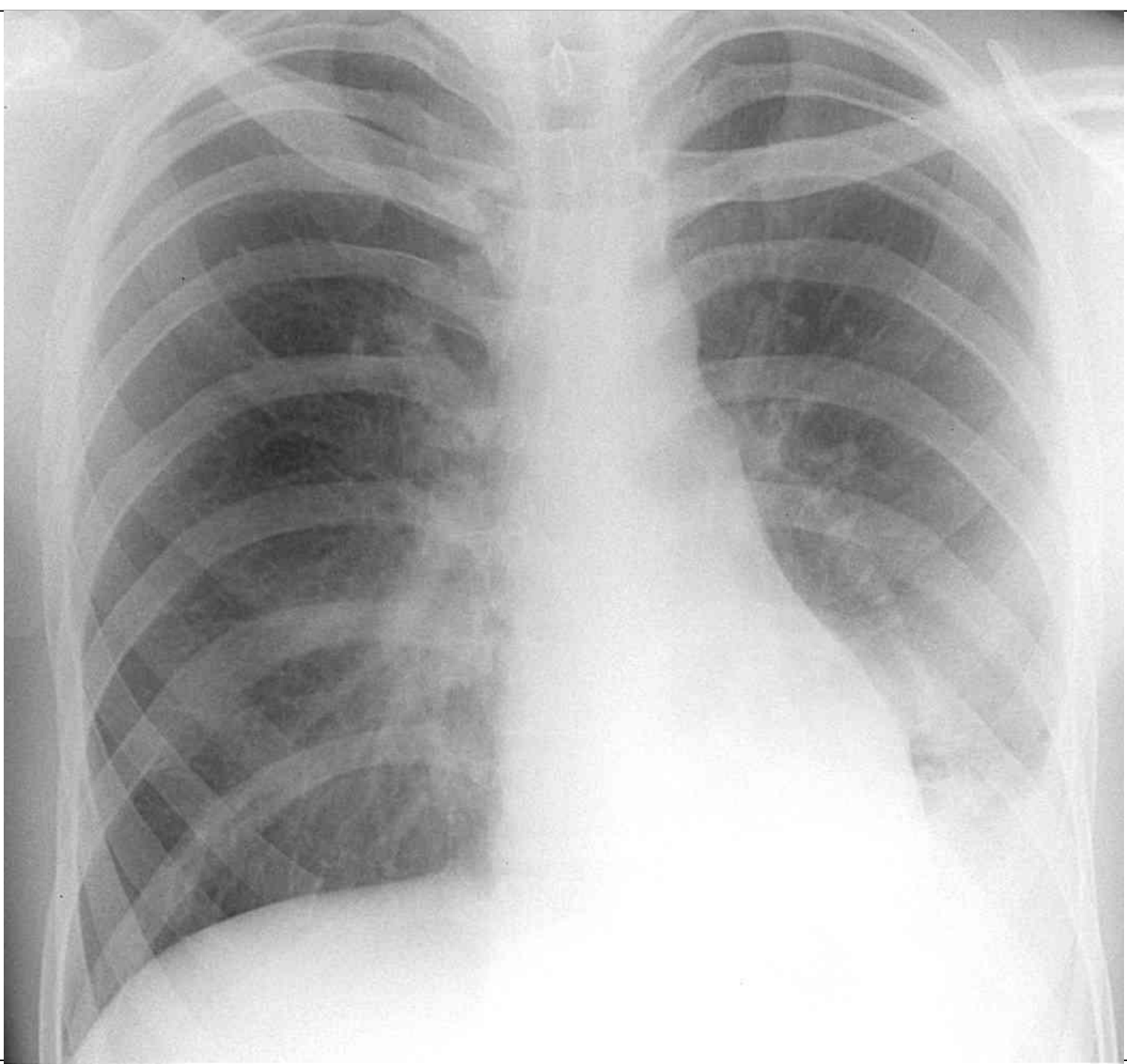
Ser:4 lmg:1/1

Бронхопневмония

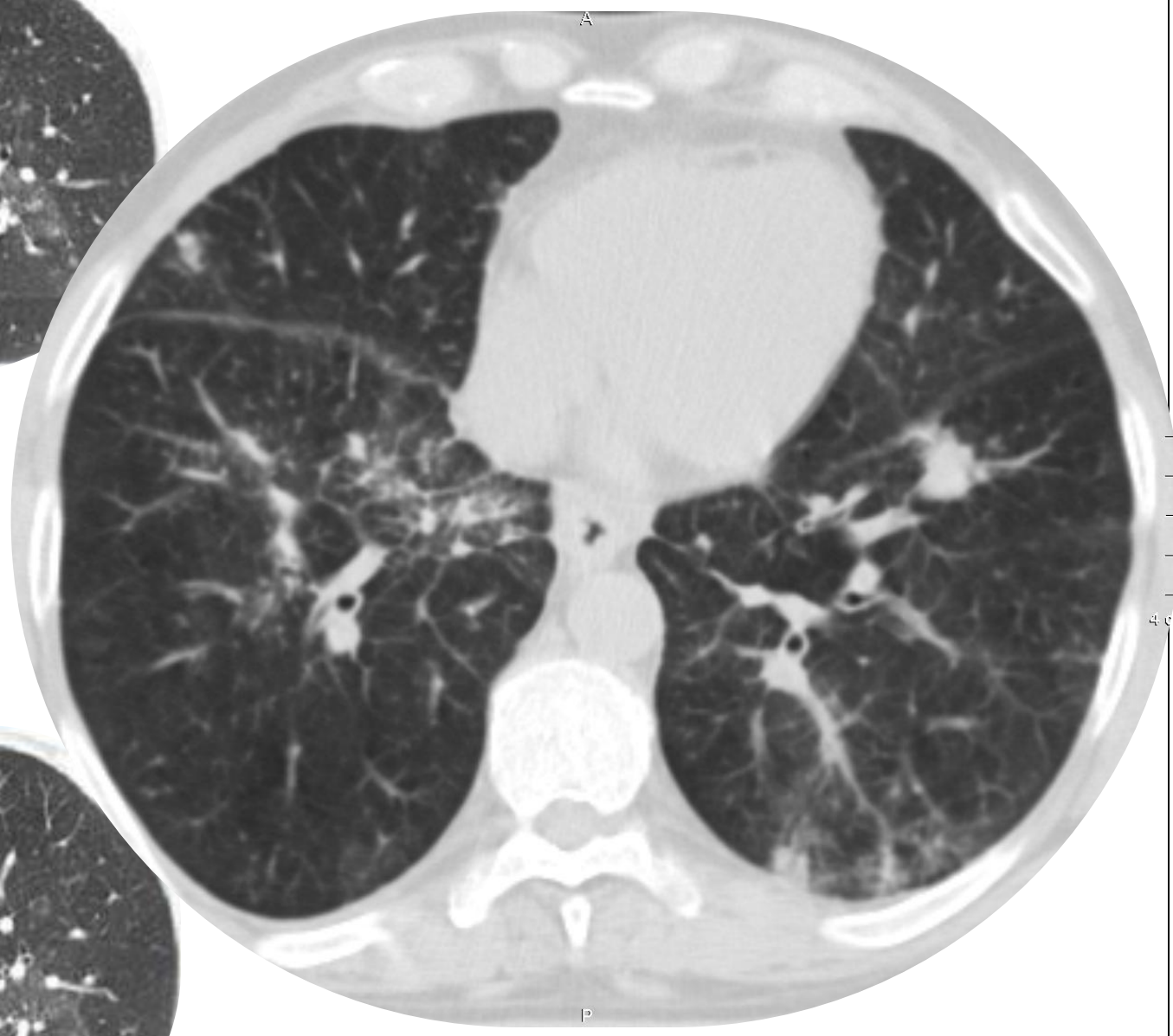
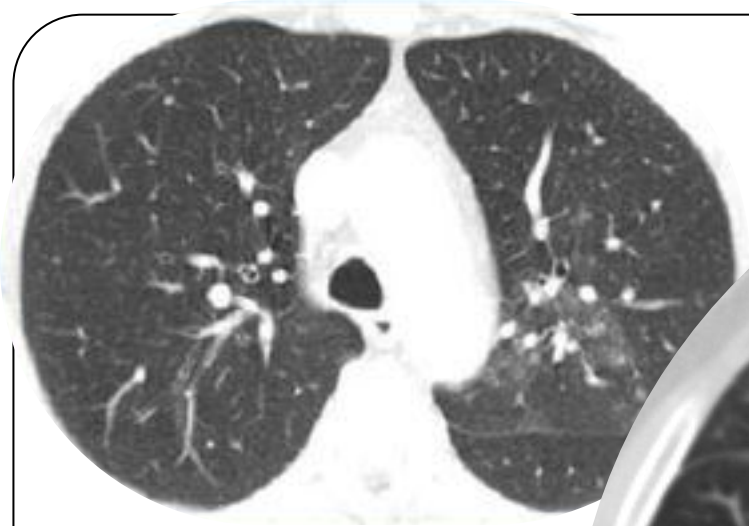


Интерстициальные пневмонии

- Отличаются от паренхиматозных тем, что пораженное легкое длительно остается воздушным, т.к. альвеолы свободны от экссудата. Вирус поражает и уплотняет эндотелий капилляров и мембраны альвеол, возникает мембраноз, резко нарушающий газообмен. По мере прогрессирования заболевания в альвеолах также накапливает экссудат / транссудат.
- Поражение легких обычно диффузное и двустороннее, проявляется одышкой и цианозом, t чаще субфебрильная, кашель со скудной мокротой, перкуторный звук нормальный, хрипы немногочисленные.
- Rn: усиление и ячеисто-сетчатая деформация легочного рисунка (интерстиций), уплотнение плевры (без признаков выпота), затем появляются инфильтраты.

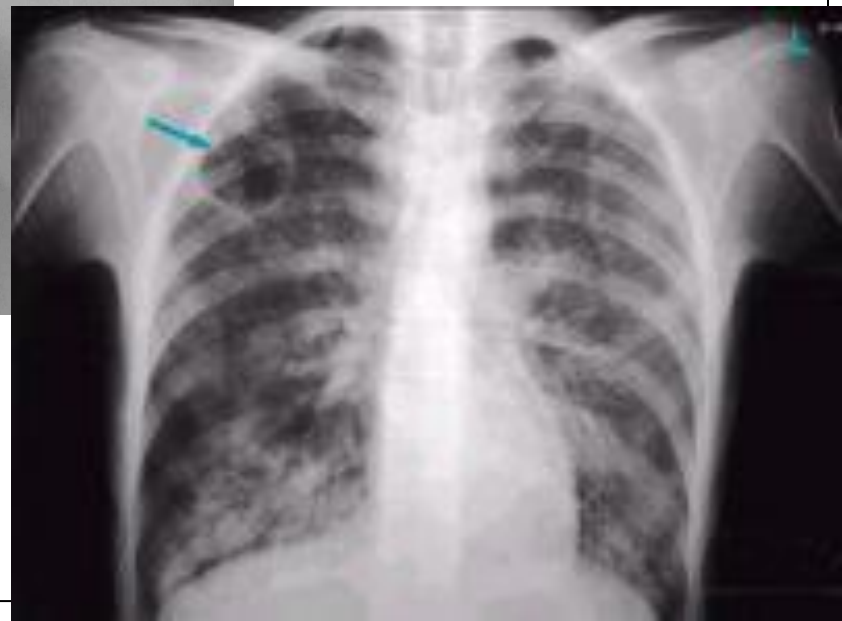
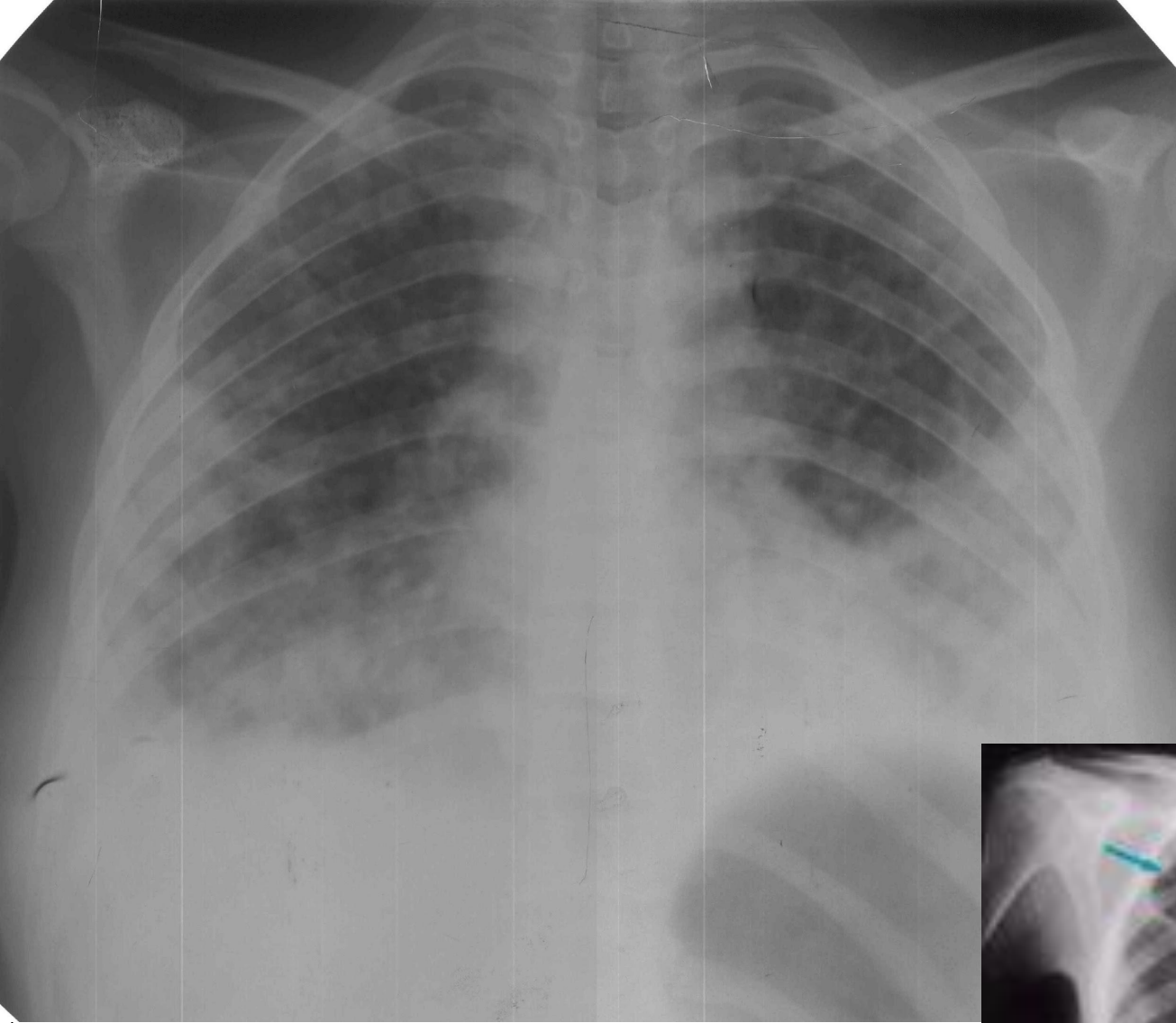




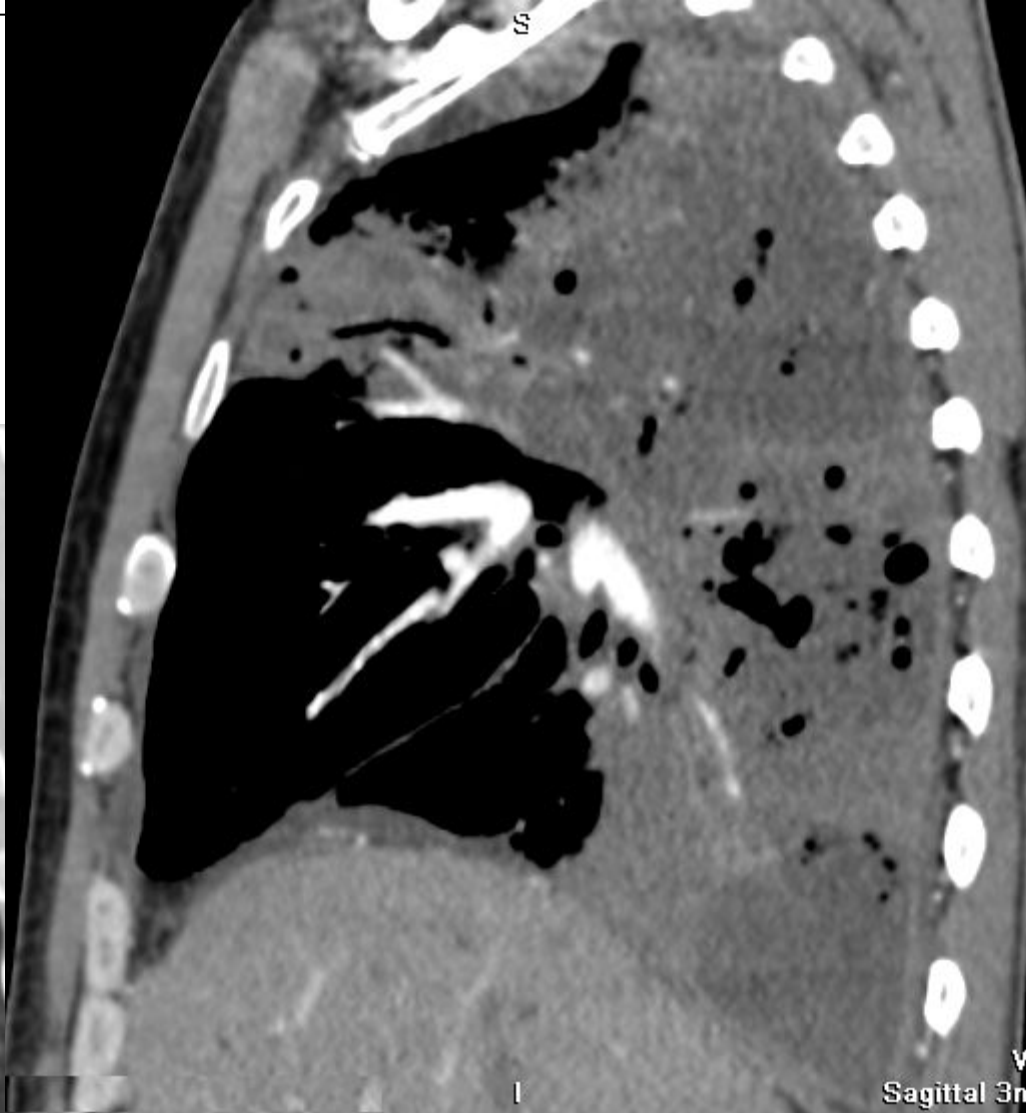
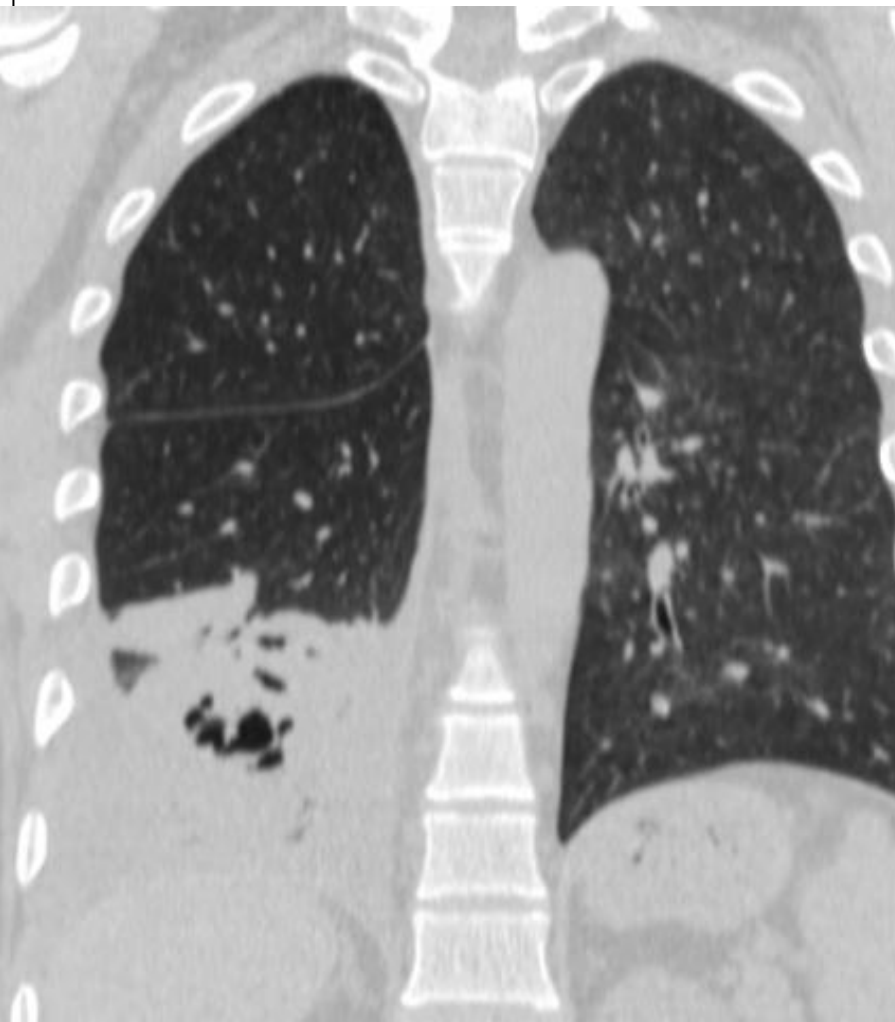


Деструктивные пневмонии

- Вызваны гематогенным заносом из септических фокусов. Первоисточником может быть любой гнойный очаг. Часто у больных с иммунодефицитом, наркоманов.
- Процесс двусторонний, преимущественно в субплевральных отделах (т.к. бактериальные эмболы тромбируют микроциркуляторное русло).
- Синдром диссеминации: очаги (от миллиарных до крупных, сливных), купола диафрагмы приподняты, это как правило Rn-пневмония (стертая, невыраженная клиника).



КТ, реконструкция



Стафилококковая пневмония

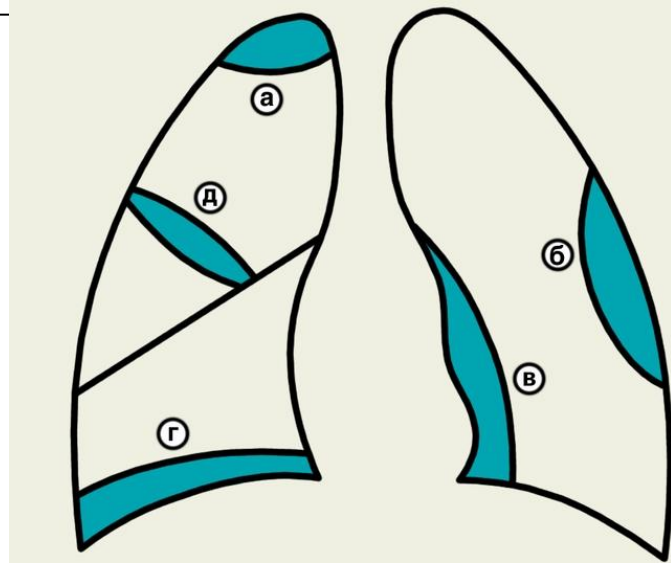


Плевриты

Классификация:

- По локализации:
 - Паракостальные,
 - Диафрагмальные (базальные),
 - Парамедиастинальные,
 - Апикальные (верхушечные),
 - Междолевые.
- По наличию признаков осумкования/ организации выпота:
 - Свободные,
 - Осумкованные.

Осумкование может быть частичным или полным.



Плевриты

Классификация:

- По характеру выпота (жидкости):
 - Транссудат (при отеке легких, СН)
 - Экссудат (пневмония, тbc, опухоли, «острый живот», инфаркт легкого)
 - Геморрагический выпот (травма)
 - Лимфатический (при пересечении грудного лимфатического протока в результате травмы)

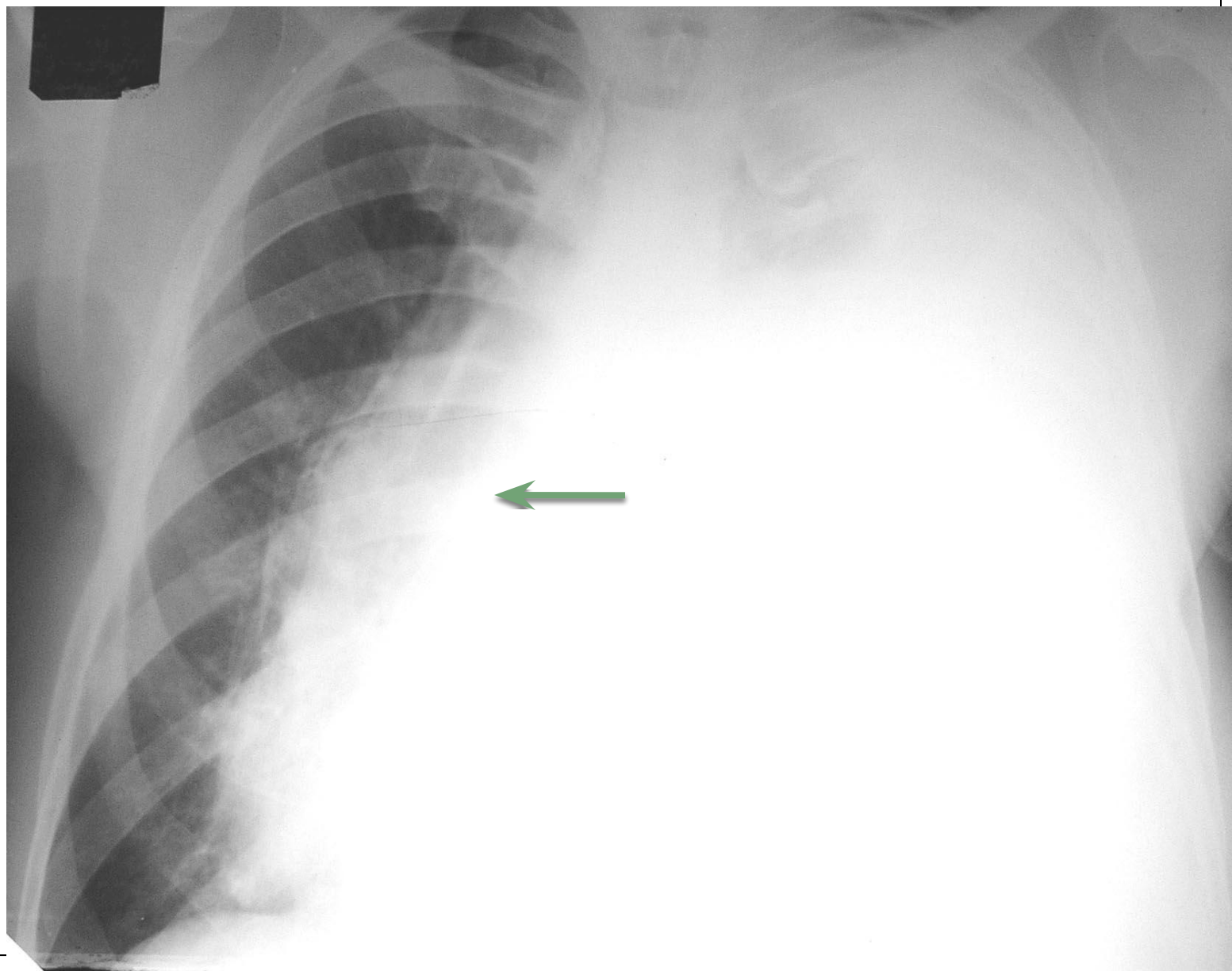
Rn-признаки:

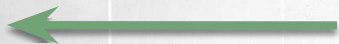
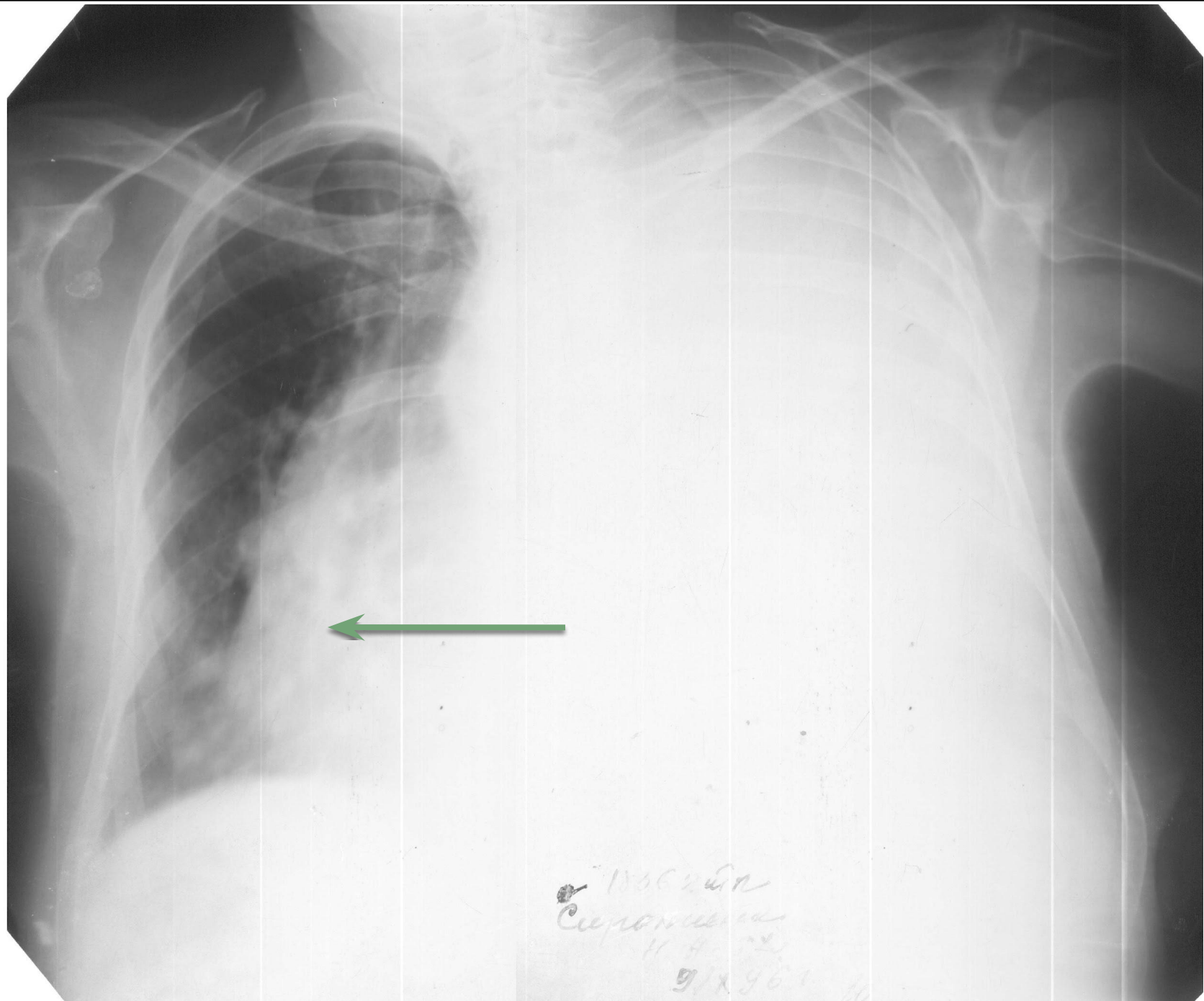
- Синдром затемнения
- Смещение органов средостения в противоположную от затемнения сторону (при массивных выпотах)

Плеврит

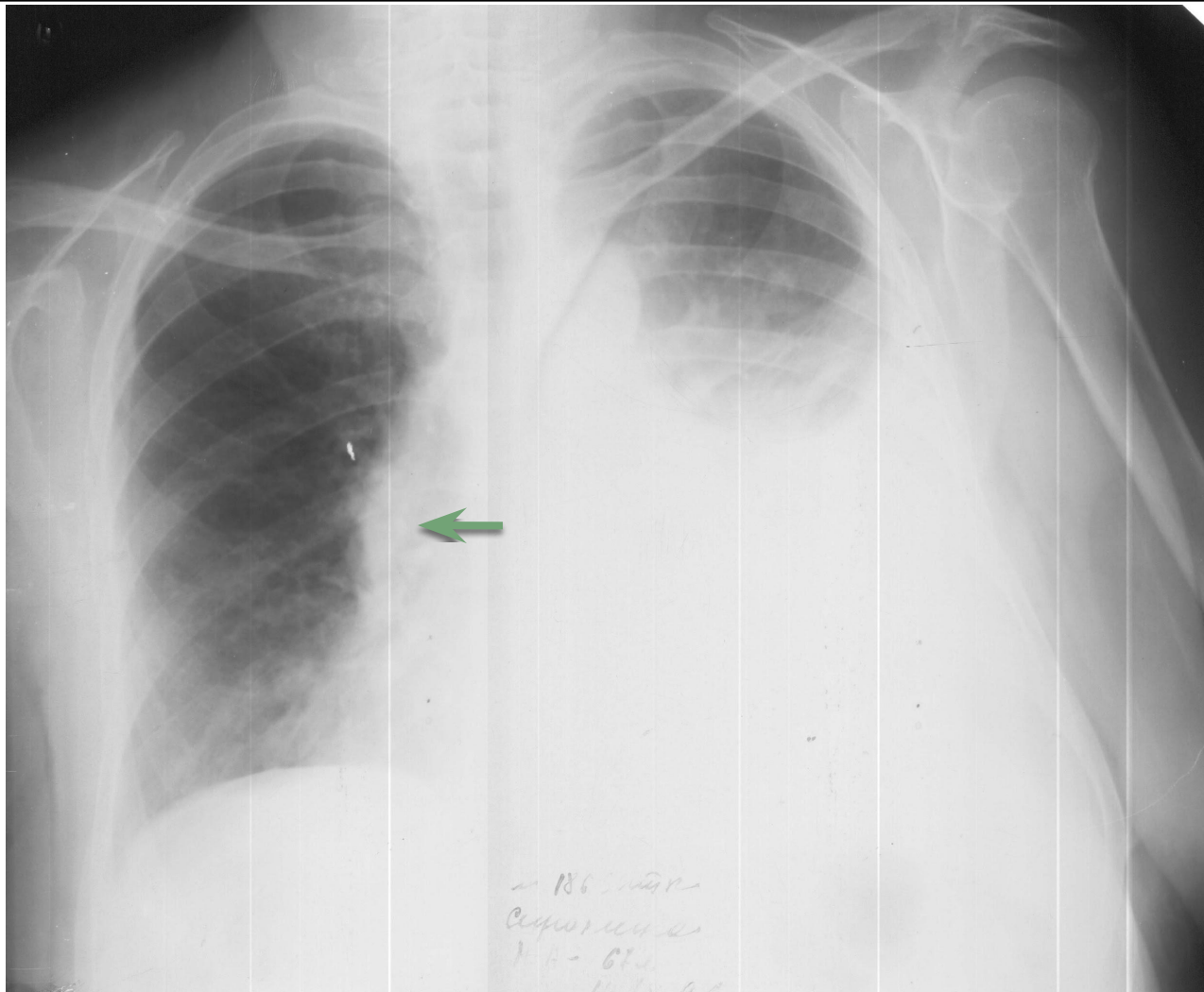
Тотальное,
однородное,
интенсивное
затемнение

Смещение
средостения в
противоположн
ую сторону



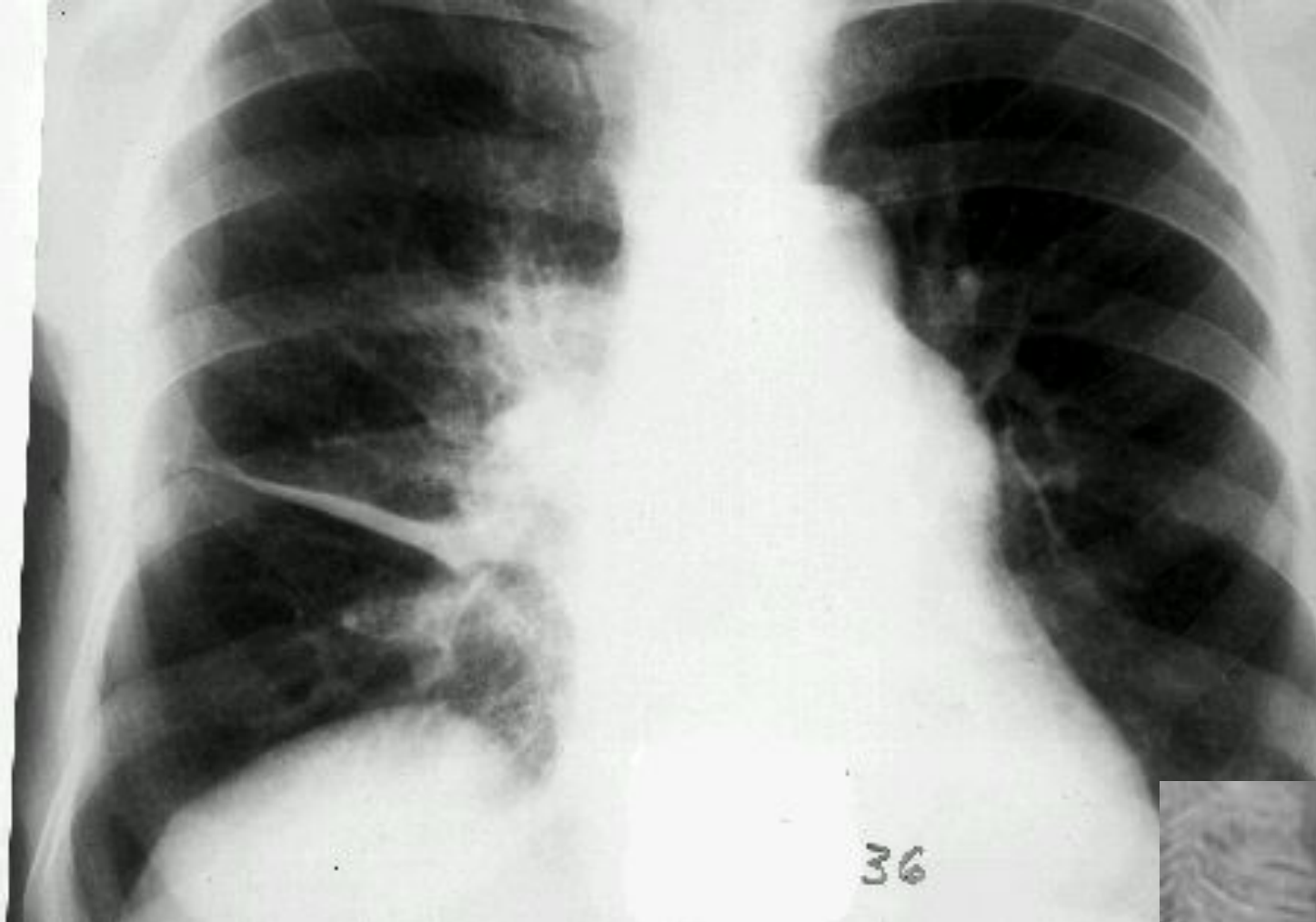


10062511
Сироманна
11.11.96
9/18 96



- Затемнение интенсивное, однородное.
- Косой верхний уровень жидкости – линия Дамуазо.
- Смещение средостения в противоположную от затемнения сторону.





Междолевой выпот

Апикальный выпот



Пневмоторакс

- скопление воздуха или газа в полости плевры.

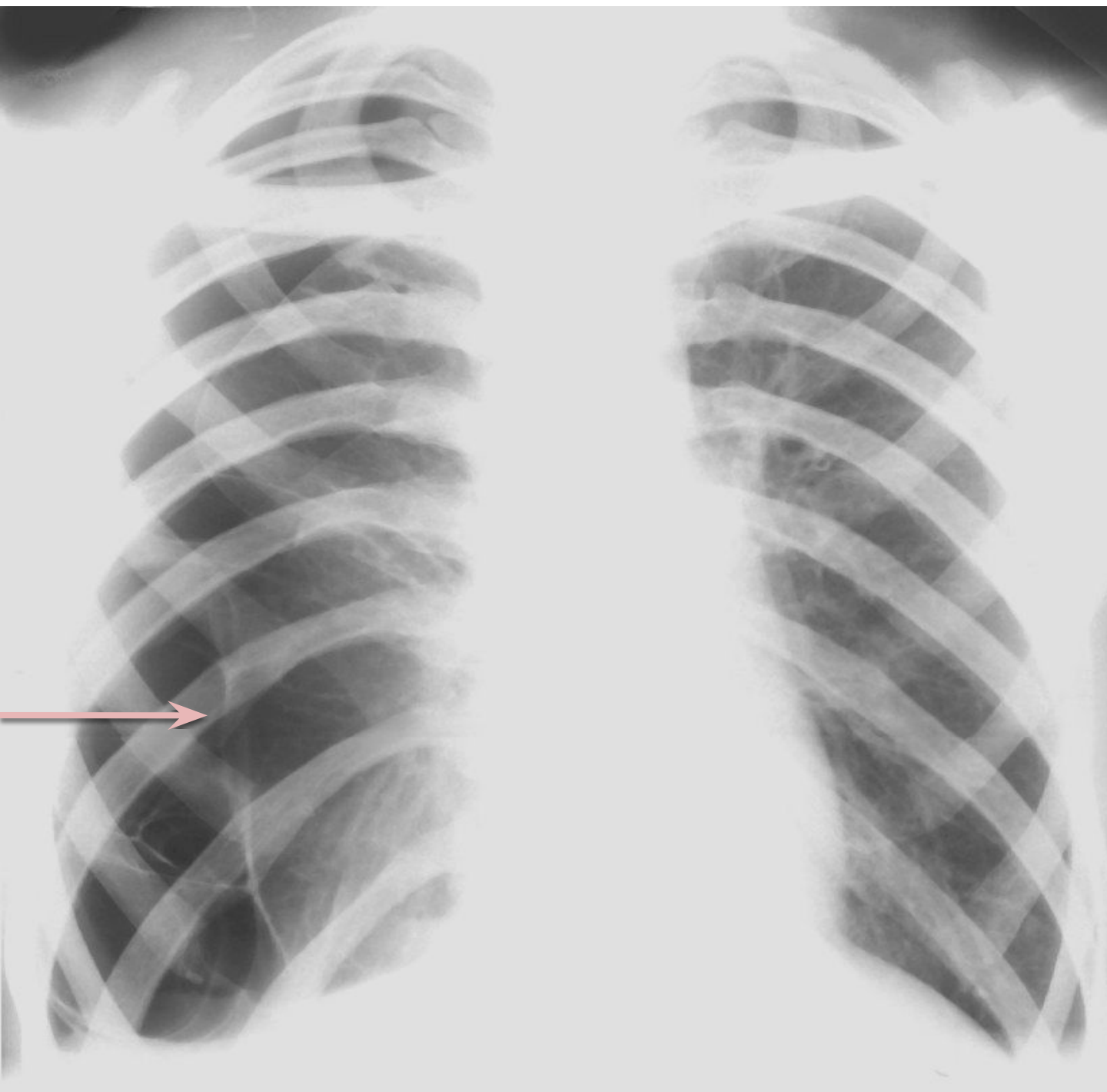
Классификация:

● По этиологии:

- Травматический,
- Спонтанный,
- Искусственный (ятрогенный / лечебный).

● По типу сообщения с внешней средой:

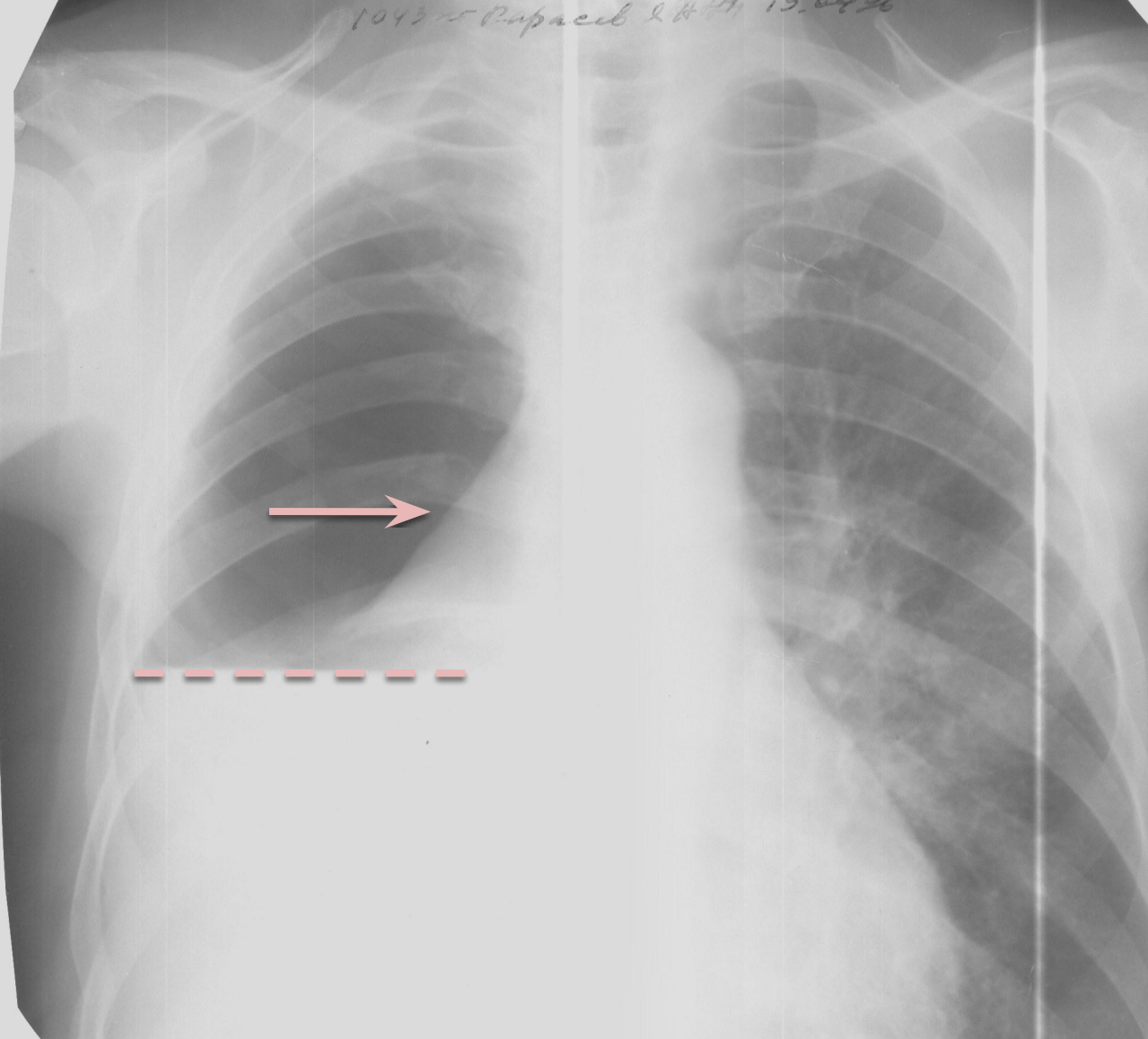
- Открытый (на вдохе воздух входит в плевральную полость, на выдохе выходит),
- Закрытый (поступление воздуха в плевральную полость прекратилось),
- Клапанный (на вдохе входит, на выдохе не выходит).



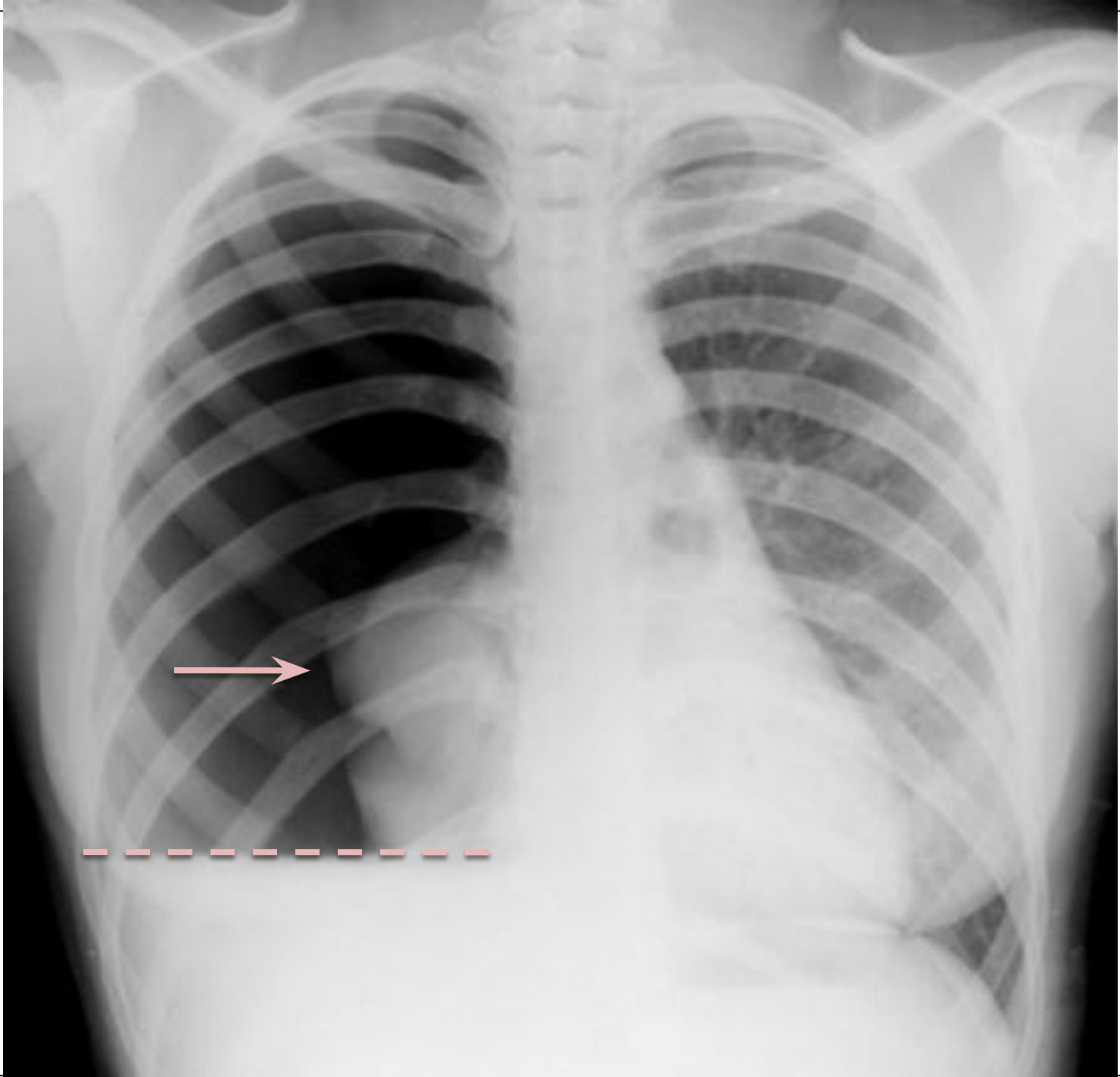
СИМПТОМЫ:

Синдром
просветления
без легочного
рисунка

виден край
коллабированн
ого легкого



Гидропневмоторакс - сочетание воздуха и жидкости в плевральной полости. Жидкость - затемнение с горизонтальной верхней границей



Показания к КТ:

- КТ – дополнительный метод диагностики.
- Диагностика осложнений (деструкция легочной ткани- полости распада, абсцессы, плеврит);
- Дифференциальная диагностика;
- Оценка динамики заболевания, результатов лечения;
- Исключение предрасполагающих заболеваний (бронхоэктазы, опухоль).