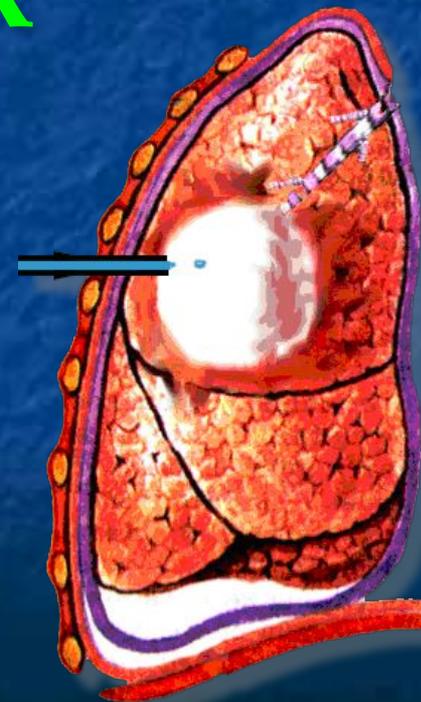


Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Хакасский государственный университет им. Н.Ф.Катанова.»

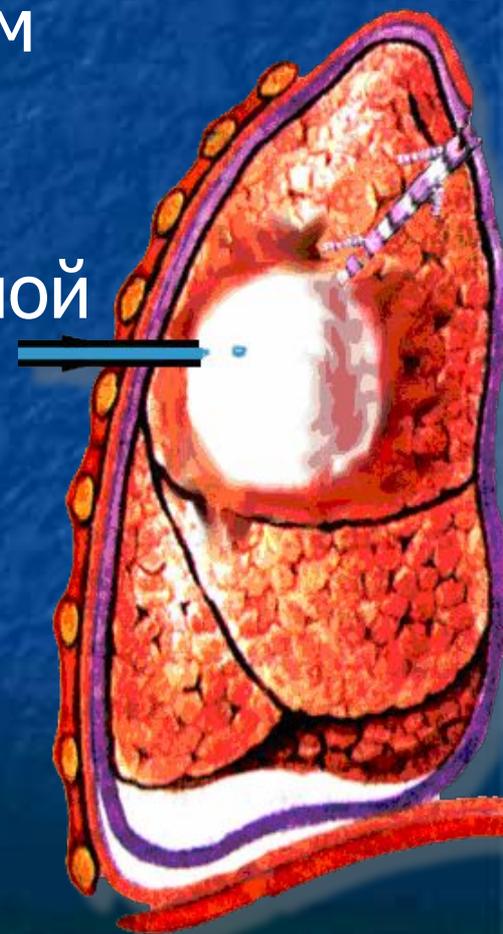
**Младенцев Петр Иванович**

# АБСЦЕССЫ ЛЕГКИХ

Лекция для студентов 4 курса



**Абсцесс легкого** - это гнойно-деструктивное заболевание легких, сопровождающееся формированием ограниченного участка гнойного расплавления легочной ткани с образованием в ней полости, гнойной интоксикацией и дыхательной недостаточностью.



# Этиология и патогенез.

1. мета- и постпневмонические (60-90%)

2. аспирационные (наркоз, кома, алкогольное опьянение, эпилепсия)

3. посттравматические (гематома, инородное тело)

4. гематогенно-эмболические (сепсис, ТЭЛА)  
обтурационные (рак).

# Патогенез

1. Острый инфекционный неспецифический процесс в легком.
2. Нарушение бронхиальной проходимости
3. Нарушение кровоснабжения и некроз легочной ткани
4. Снижение иммунной защиты организма.

## Пути распространения микрофлоры:

1. Аэрогенный,
2. Гематогенный,
3. Лимфогенный

# Классификация абсцессов легких



# Классификация абсцессов легких



# Классификация абсцессов легких (ОАЛ)

## 5. По фазе процесса

гнойной инфильтрации  
(закрытого легочного гнояника)

прорыва в бронх и последующего опорожнения  
(открытого легочного гнояника)

исхода

# Классификация абсцессов легких

## Исходы

- полное выздоровление (очаговый пневмосклероз),
- клиническое выздоровление (сухая остаточная полость в легком – ложная киста),
- хронический абсцесс,
- прогрессирование (блокированный абсцесс, переход в гангренозную форму или РГЛ),
- летальный исход.

# Клиника

Признаки  
гнойной  
интоксикации

Местные изменения:  
обильная гнойная мокрота,  
данные объективного исследования

реакция организма  
(изменения  
гомеостаза)

## Причины перехода острого абсцесса в хронический:

1. Большие размеры полости (больше 5-10 см)
2. Наличие секвестра
3. Недостаточный дренаж полости
4. Ослабление защитных сил
5. Неадекватное антибактериальное, местное и общее лечение.

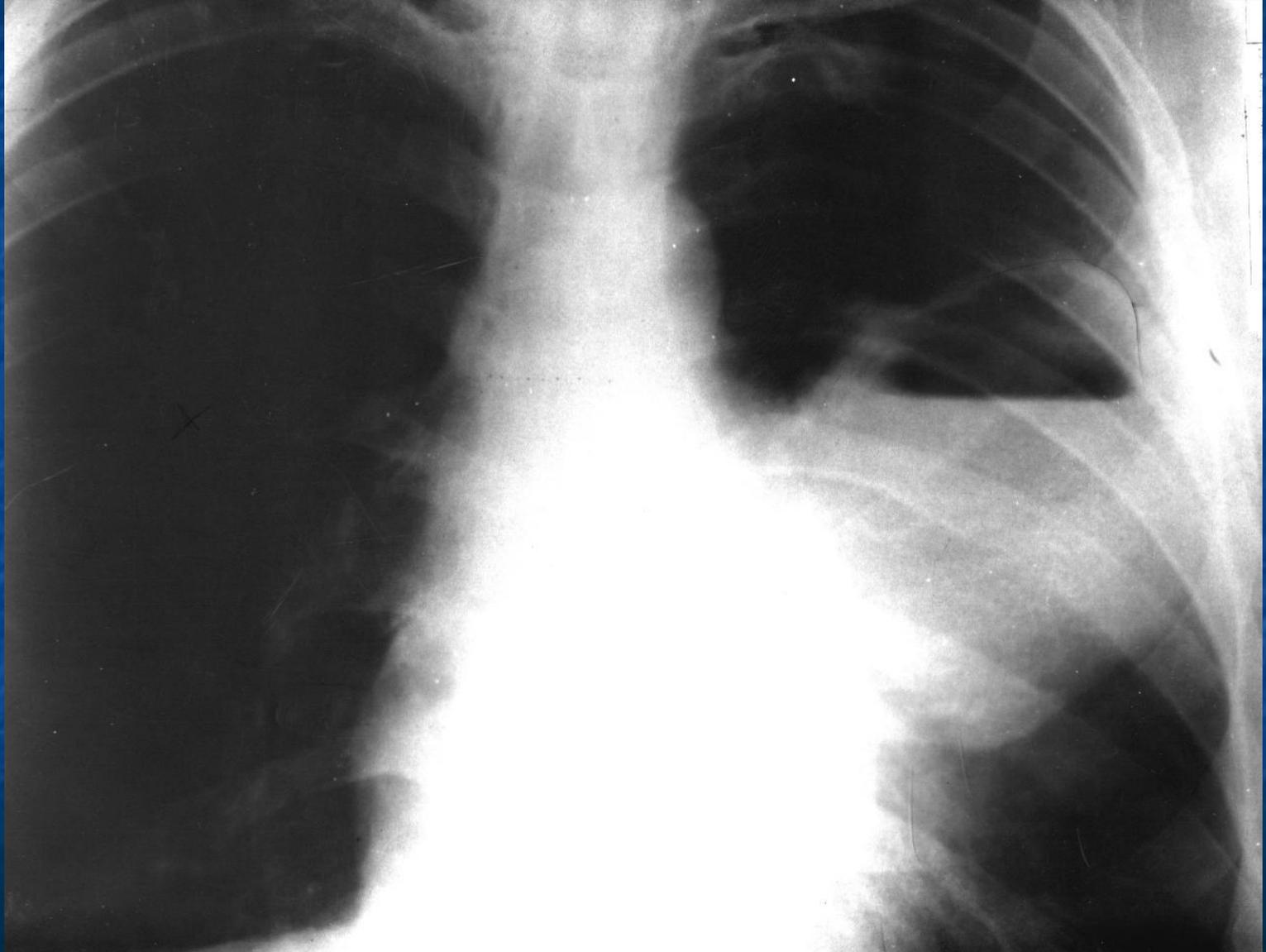
## Критерии перехода острого абсцесса в хронический:

1. Сроки более 4-6 недель
2. Стабилизация клинико-рентгенологической картины при сохранении признаков гнойной интоксикации  
(размеры полости, уровень жидкости, перифокальное воспаление).
3. Гнойная (слизисто-гнойная) мокрота больше 50 мл в сутки
4. Секвестр без динамики.

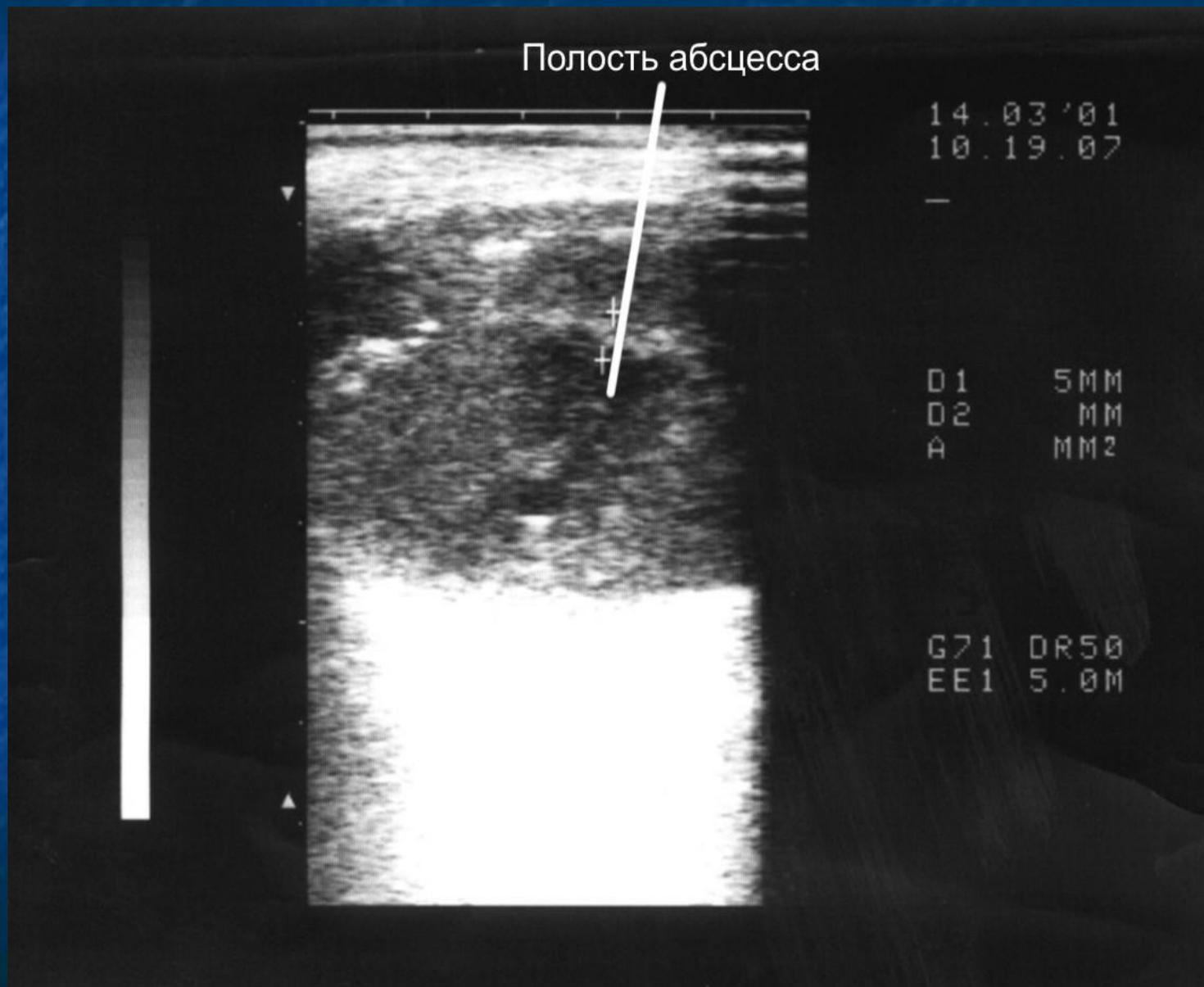
# Диагностика

1. Рентгенография (обзорная и боковая), рентгеноскопия (по строгим показаниям);
2. КТ, ЯМРТ, СКТ (при их отсутствии – томография);
3. УЗИ (субплевральное расположение, плевральные осложнения, ателектазы);
4. Анализ мокроты, содержимого гнойника в легком (общий, патогенная микрофлора, БК, атипические клетки);
5. Бронхологические методы: бронхоскопия, бронхография (при хроническом абсцессе);
6. Спирография (определение возможности оперативного лечения, контроль эффективности лечения и МСЭК);
7. Клинико-лабораторные и иммуно-биохимические анализы.

# Острый абсцесс легкого



# Ультрасонограмма острого абсцесса нижней доли правого лёгкого



**Дифференциальный  
диагноз**

Нагноившиеся  
кисты  
легкого,  
в т.ч.  
эхинококковые

Полостная  
форма  
периферического  
рака  
легкого

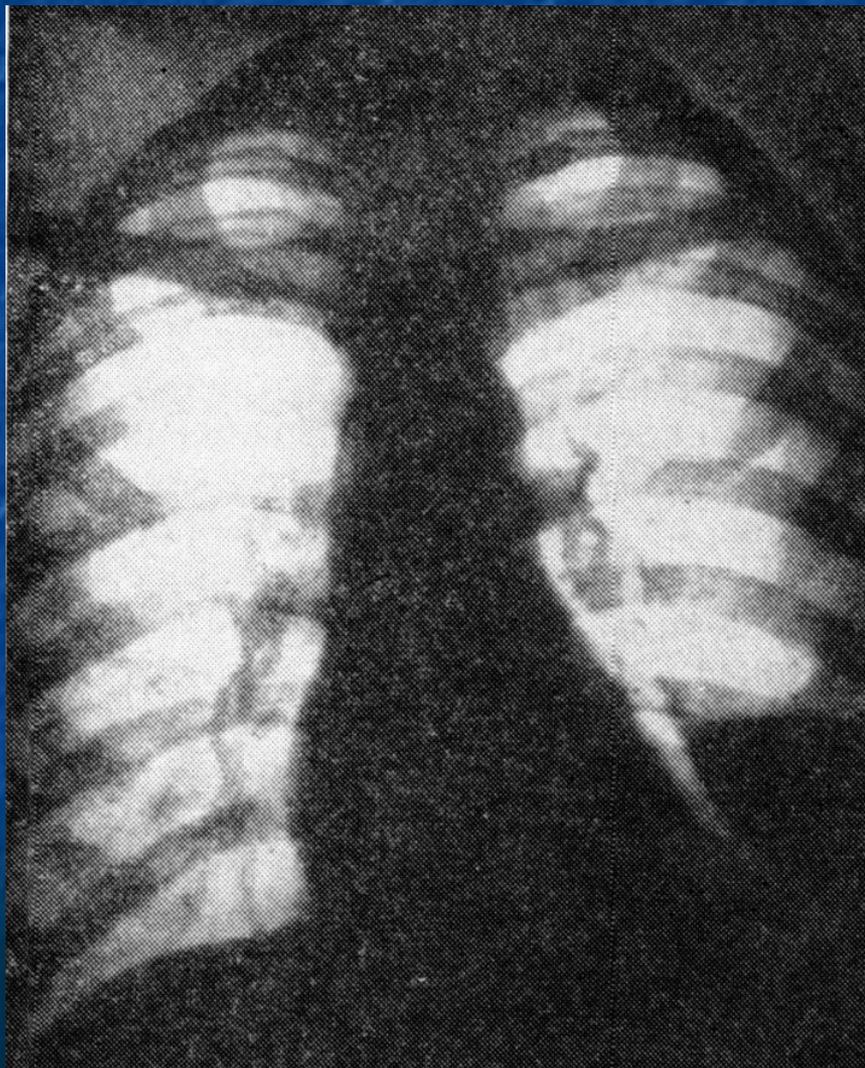
Бронхоэктази-  
ческая  
болезнь

Инфильтратив-  
ный  
туберкулез  
в фазе  
распада

Кавернозный  
(фиброзно-  
кавернозный)  
туберкулез

Редкая патология в легких:  
актиномикоз,  
сифилис, аспергиллома

# Нагноившаяся киста легкого



# Лечение местное

Восстановление дренажной функции бронхов

Ликвидация гнойного эндобронхита

Удаление гноя из полости абсцесса

Эндобронхиальным способом

постуральный дренаж

Бронхоскопия

через микро-трахеостому

трансторакальным способом

Трансторакальная пункция

ТТМД

Абсцессоскопия, трансторакальное дренирование

Коррекция нарушений гомеостаза  
(обменных и волевических  
нарушений)

Борьба с патогенной  
микрофлорой

Лечение  
общее

Стимуляция  
защитных  
сил организма

Борьба с эндогенной  
интоксикацией

Эфферентная  
терапия  
(Плазмаферез  
и его  
разновидности)

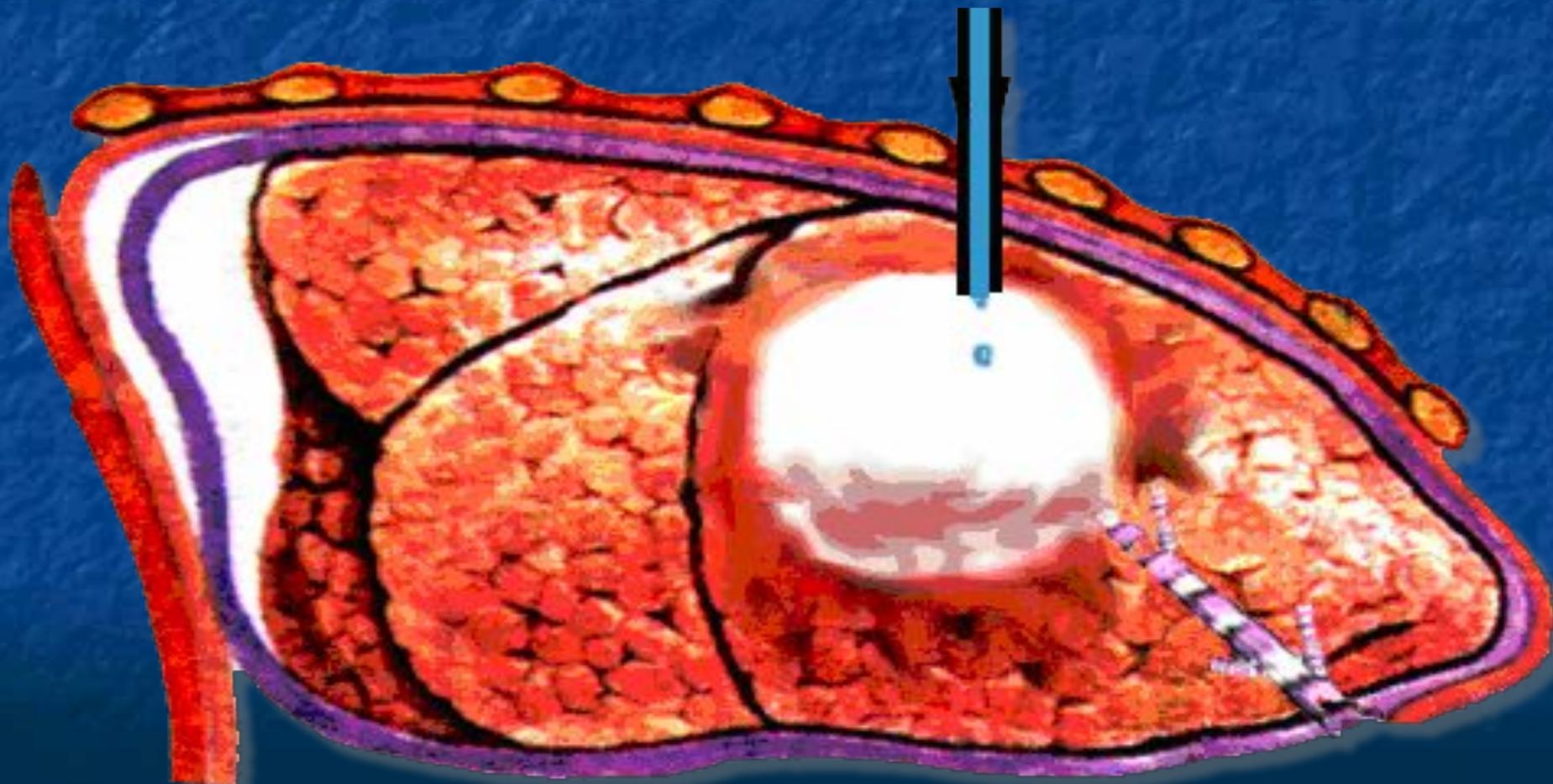
Квантовая  
терапия (АУФОК  
и его разновидности)

Ксеноспленоперфузия,  
трансфузия  
изолированных  
гепатоцитов, ГБО и др.

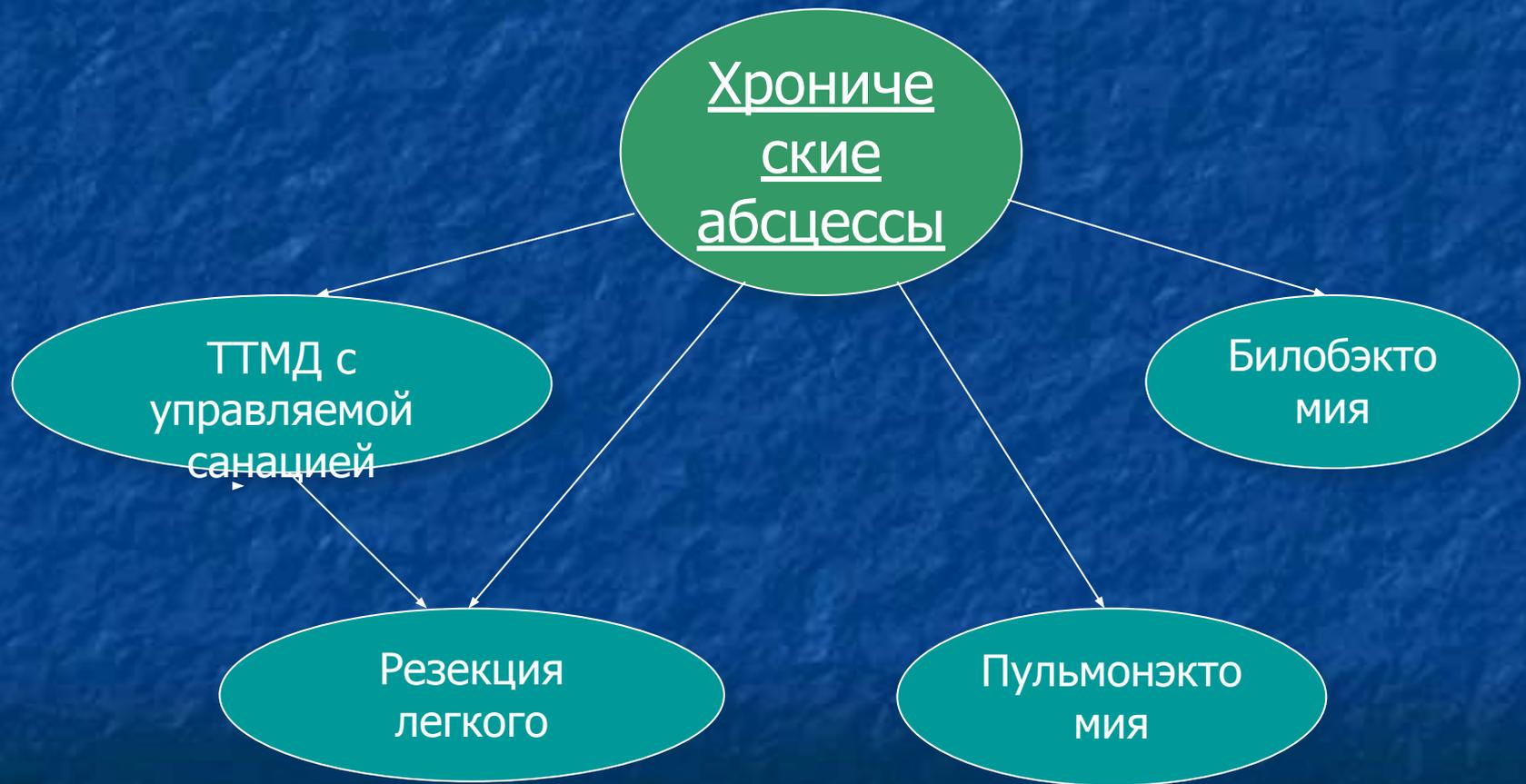
# Лечение хирургическое



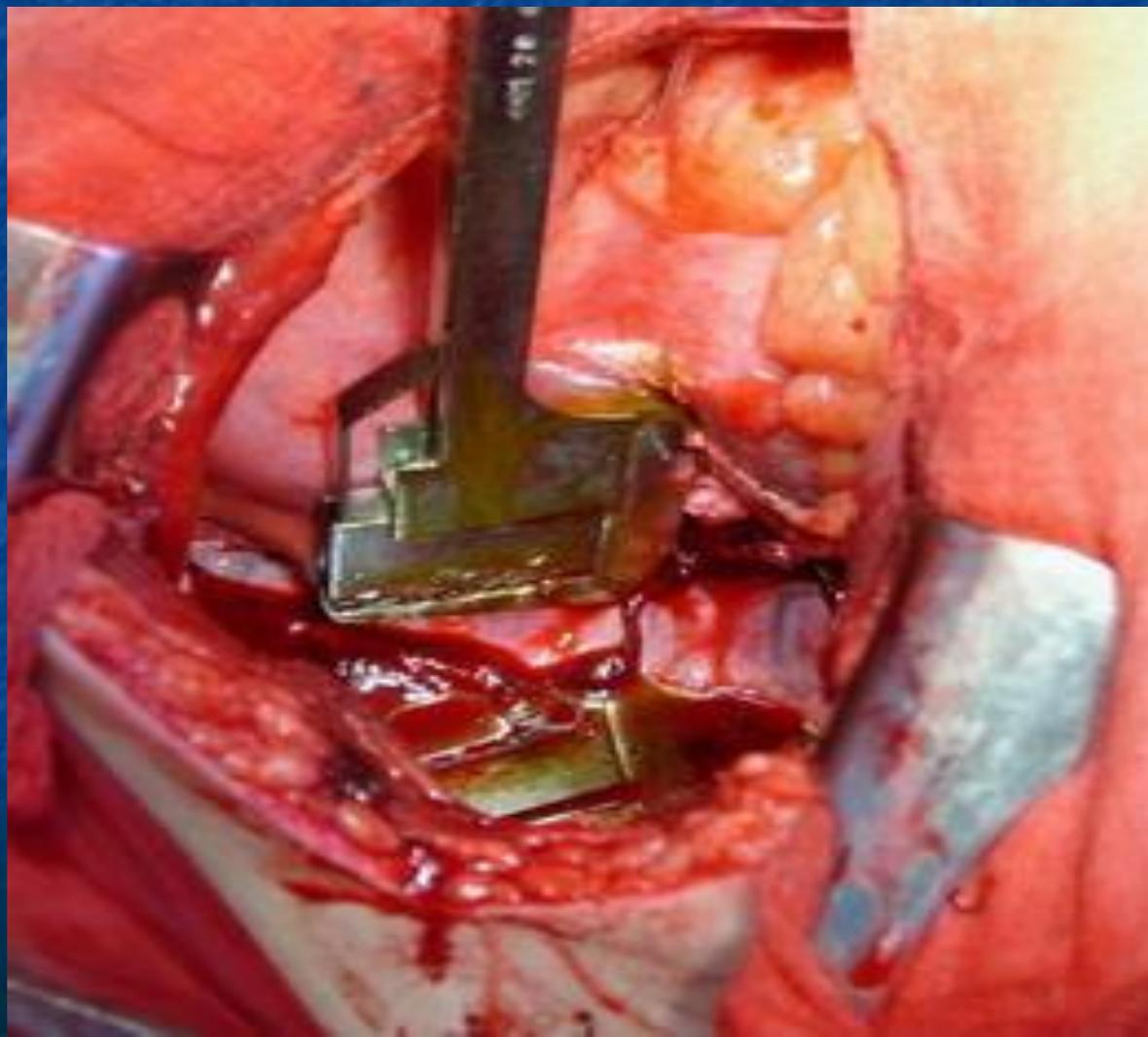
Трансторакальное  
микродренирование  
и дренирование



# Лечение хирургическое



# Хронический абсцесс легкого. Пулмонэктомия.



# Тактика при осложнениях:



# Тактика при осложнениях:



# Реабилитация

- послеоперационный период 2-3 недели – коррекция функциональных нарушений.
- период неустойчивой компенсации (1 месяц после выписки из стационара – б/л).
- поликлинический этап диспансерного наблюдения с проведением противорецидивного лечения, профессиональной и социальной реабилитацией.  
(1 год – 4 раза, до 5 лет – 2 раза в год, до 10 лет – 1 раз в год). Больничный лист 3-5 месяцев после резекции легкого, после пульмонэктомии на 1 год инвалидность 2 или 3 группы.

# Распространенная гангрена легких

- В отличие от острого гнойного абсцесса легких процесс носит диффузный, неуклонно прогрессирующий характер, отсутствует тенденция к отграничению, некроз и распад преобладают над гнойным расплавлением. Все это происходит на фоне ослабления клеточного и усиления и диспропорции гуморального иммунитета.

# Отличительные признаки РГЛ

- Гангрена никогда не переходит в абсцесс.
- Гангренозный абсцесс отличается от гнойного большая зона деструкции, перифокальной инфильтрации, склонность к распаду и секвестрации.

# Особенности этиопатогенеза РГЛ

- Вирулентность микрофлоры, наличие анаэробной неклостридиальной, грамотрицательной микрофлоры.
- Выделенная флора в 50% нечувствительна к антибиотикам, а в 10-20% отсутствует ее рост, что косвенно указывает на наличие анаэробной инфекции).
- Тромбоз сосудов на протяжении.
- Преобладание некроза над гнойным расплавлением.

# Клиника РГЛ

- Ведущим в клинике являются наличие обильного (до 1 л в сутки) зловонной мокроты,
- Высокая интоксикация,
- Дыхательная недостаточность.
- Острая ЛСН, ССН ППН и ПОН.

# Осложнения РГЛ

- ППТ и эмпиема плевры,
- Острая ЛСН (около 100%),
- Легочное кровотечение (30-50%),
- бронхогенная (контралатеральная пневмония и абсцессы) и гематогенная диссеминации,
- гнойный перикардит,
- флегмона грудной стенки,
- ППН и ПОН.

# Лечебная тактика при РГЛ

- – интенсивное общее и местное лечение, при неэффективности до наступления осложнений – пульмонэктомия с использованием различных способов защиты культи бронха (прикрытие лоскутом перикарда, сальником на питающей ножке и др.), с последующим активным ведением плевральной полости (санация растворами антисептиков, введение антибиотиков и др. с использованием проточной системы).
- - при осложнениях – в зависимости от их характера, по жизненным показаниям - операция (пульмонэктомия, перевязка легочной артерии, дренирование полости гнойника в легком или плевральной полости).

Благодарю за внимание

