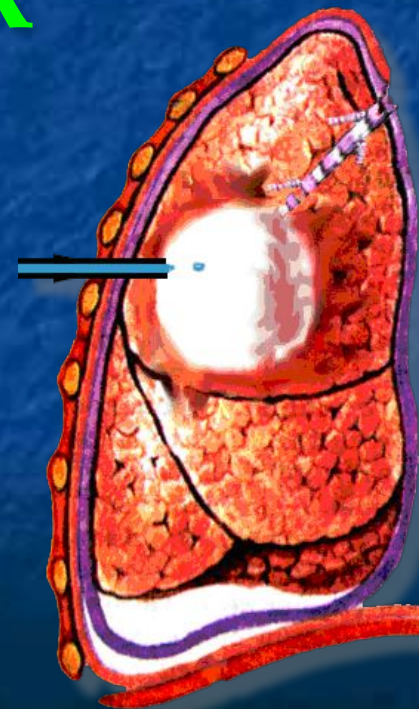


Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Хакасский государственный университет им. Н.Ф.Катанова.»

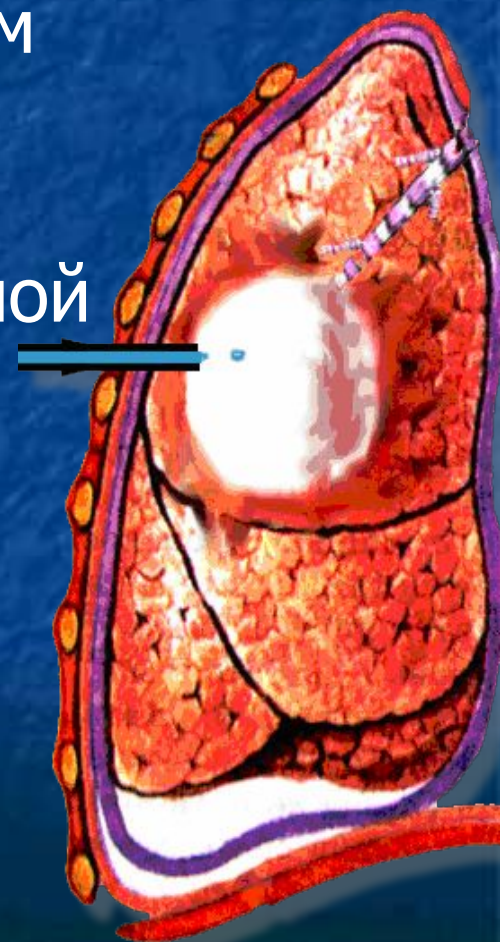
Младенцев Петр Иванович

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.

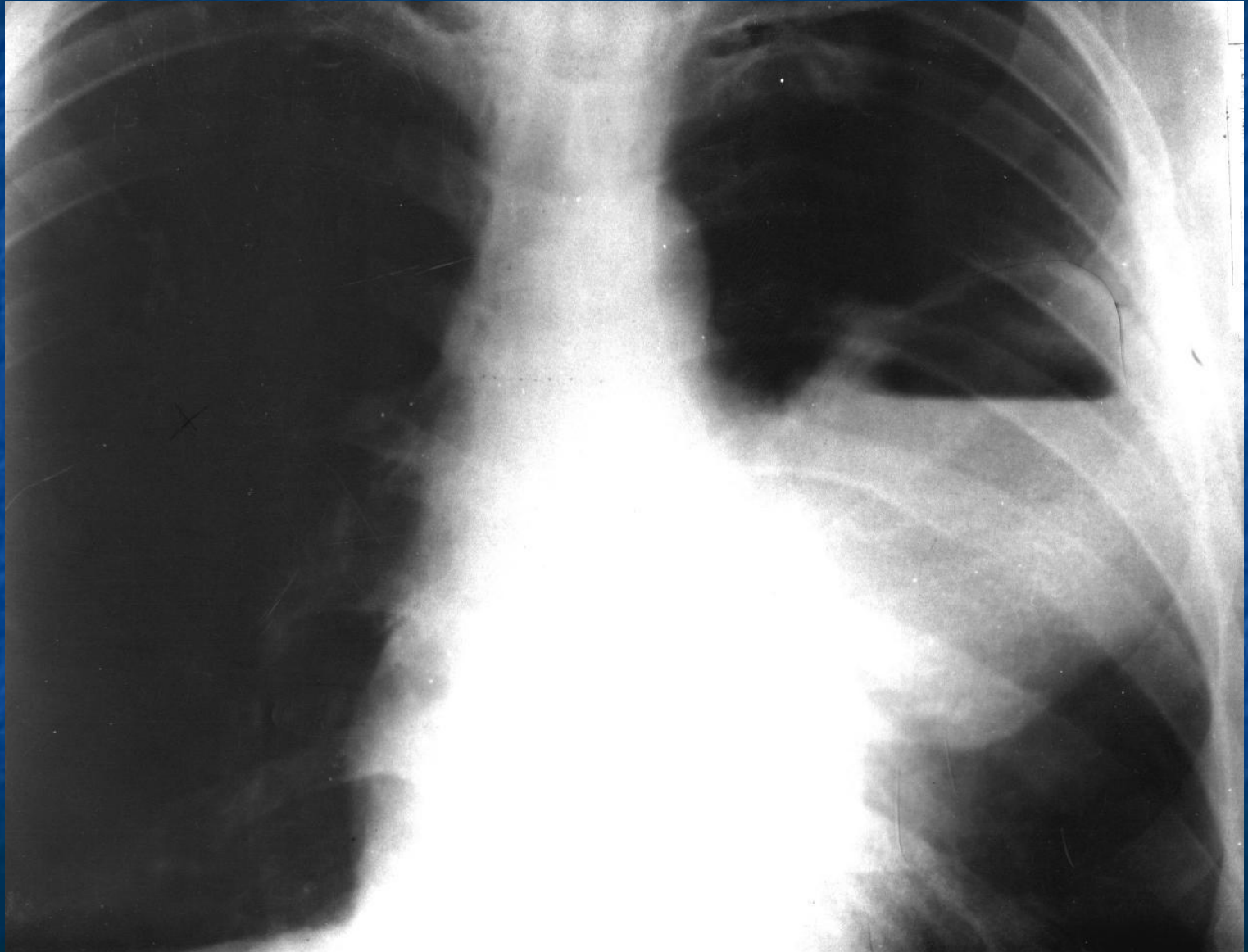
Критерии перехода острого абсцесса в хронический:

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.

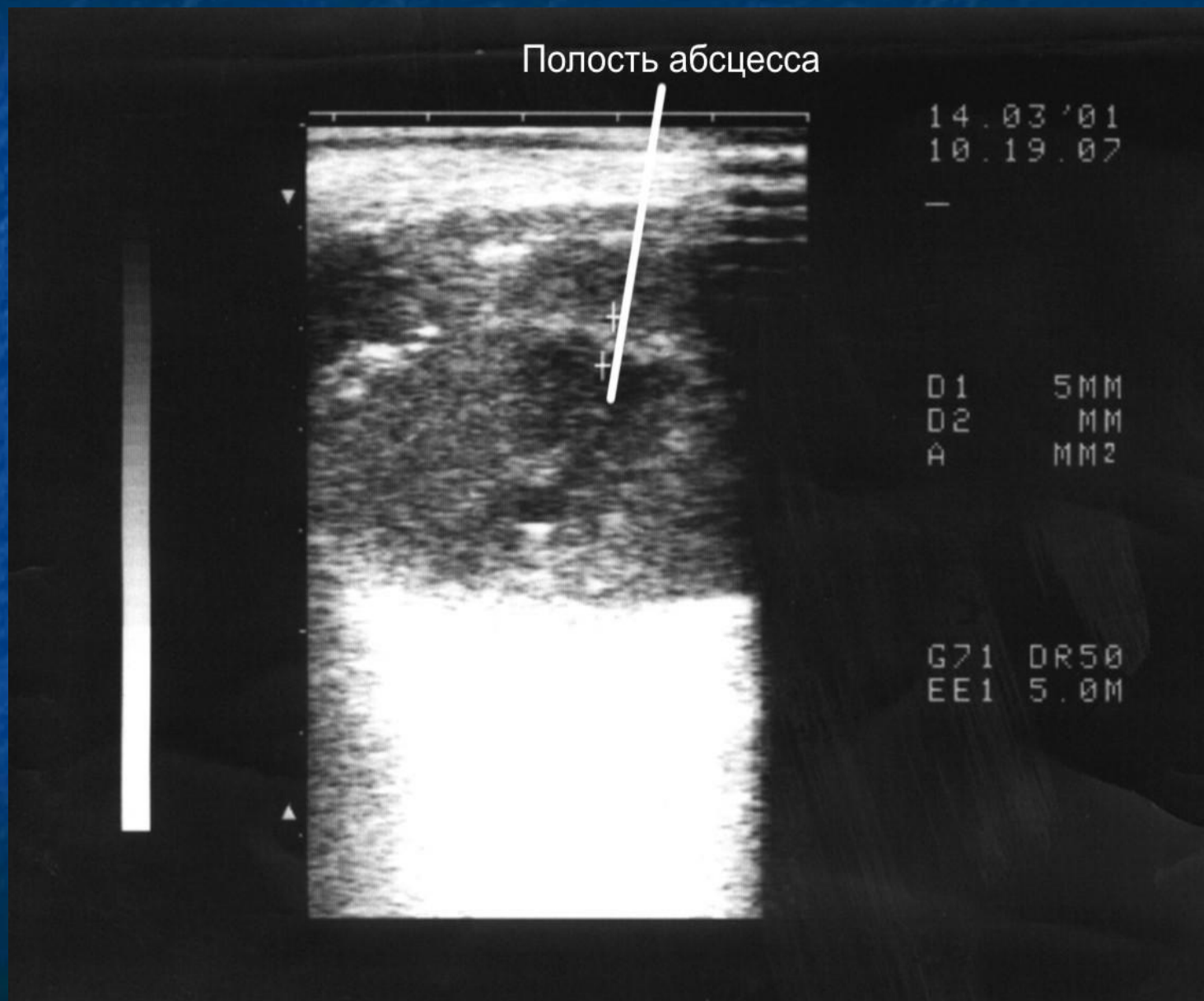
Диагностика

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

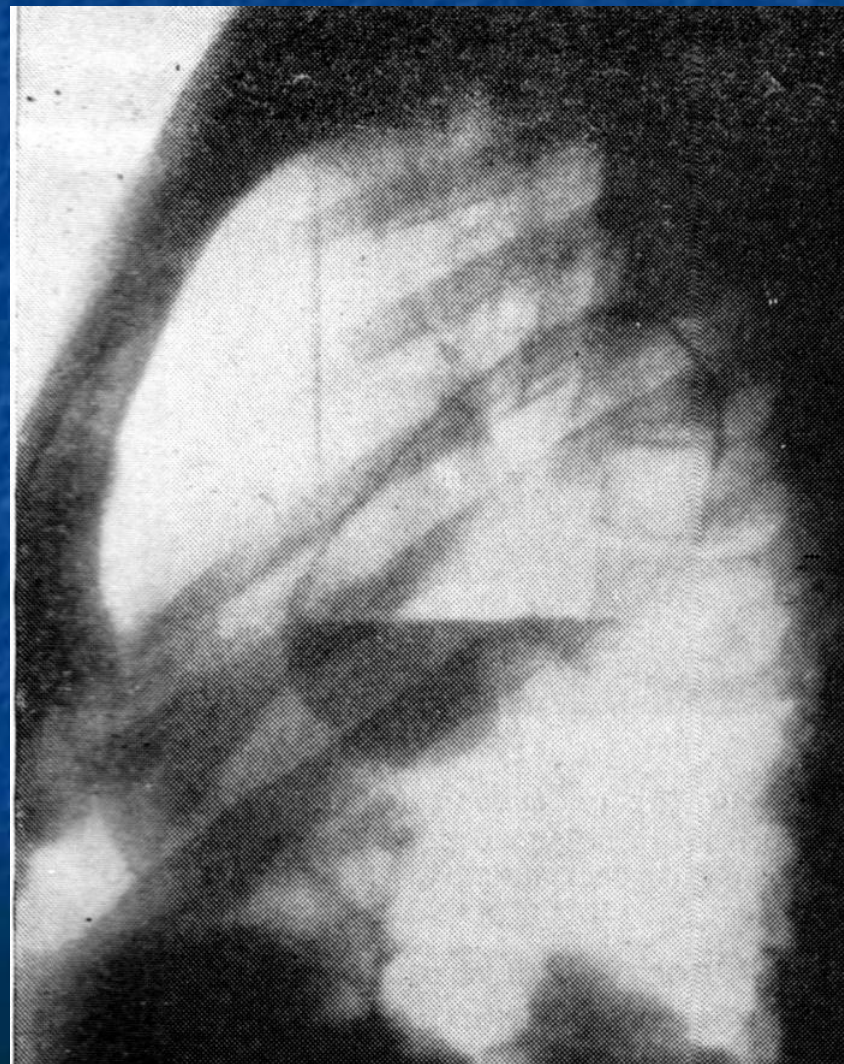
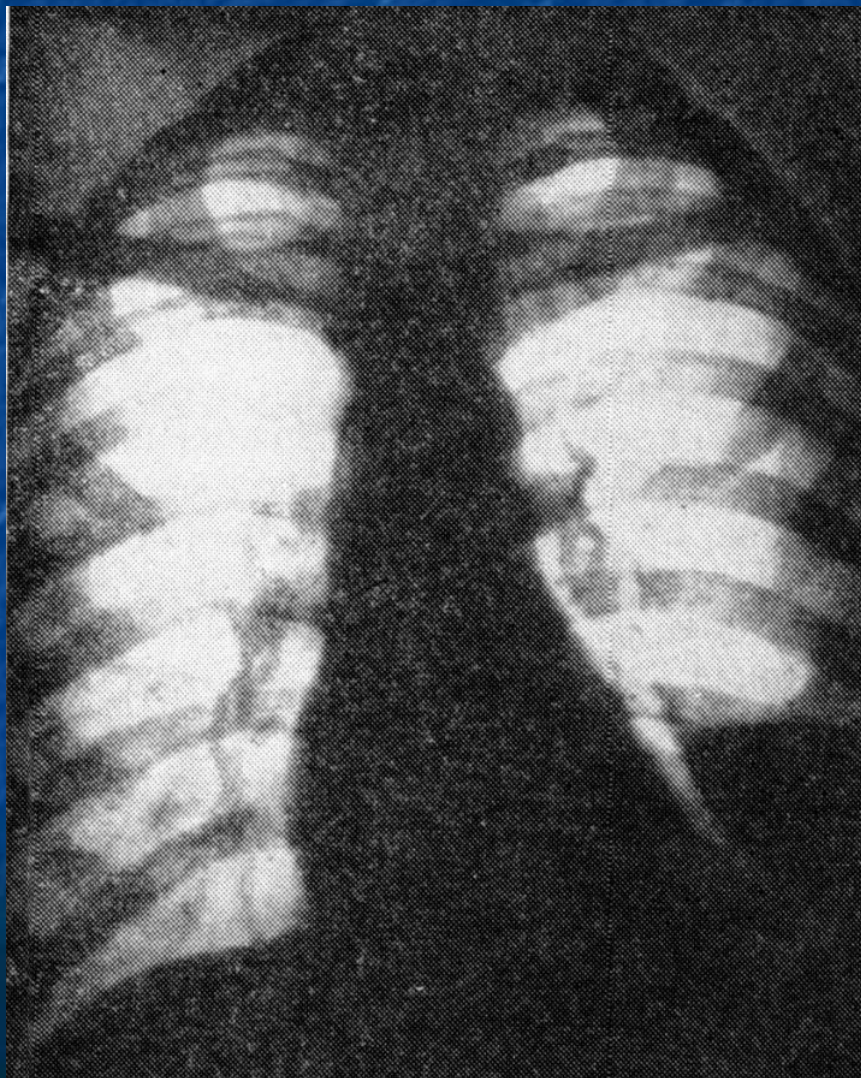
Бронхоэктази-
ческая
болезнь

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)

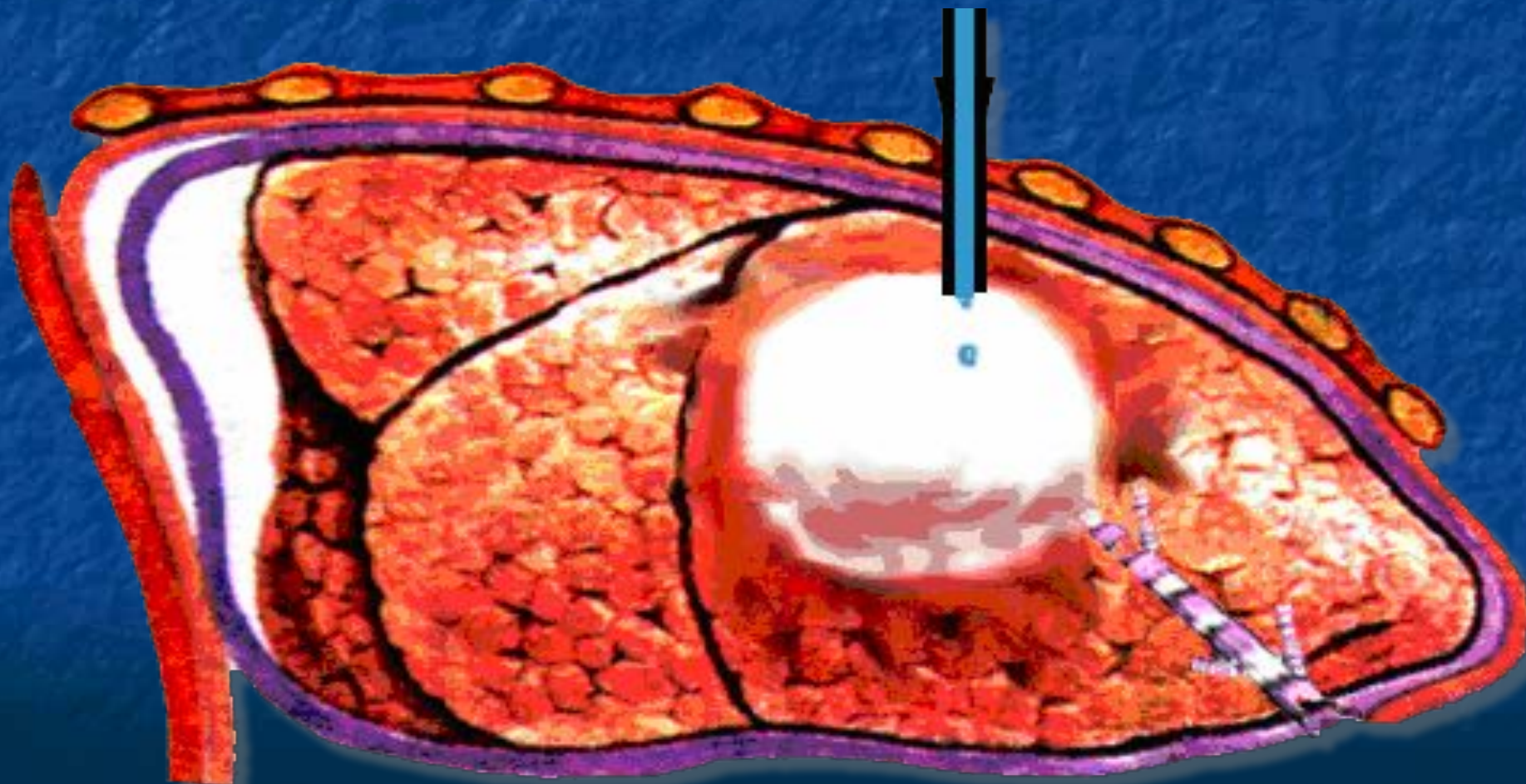
Квантовая
терапия (АУФОК
и его разновидности)

Ксеноспленоперфузия,
трансфузия
изолированных
гепатоцитов, ГБО и др.

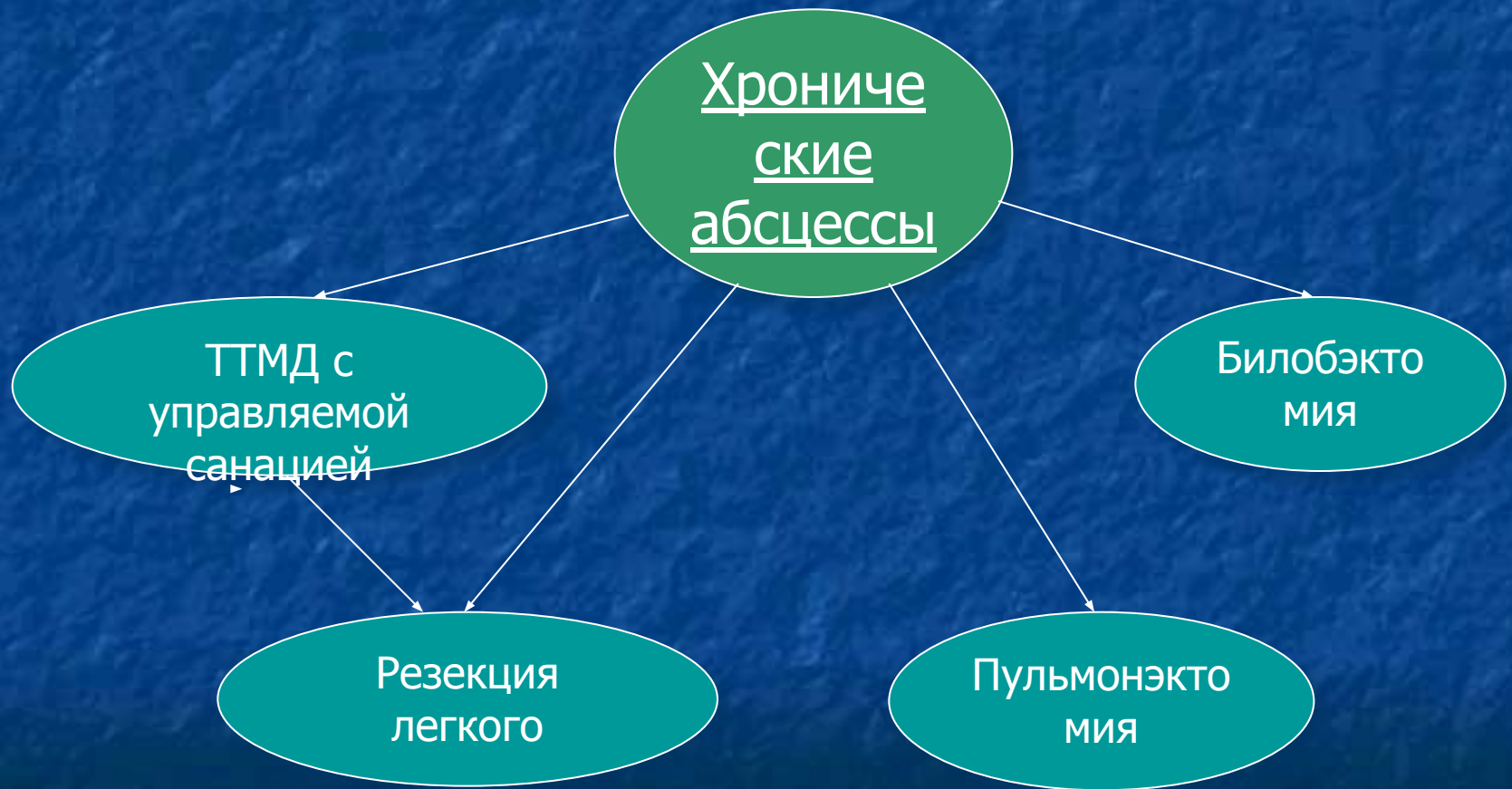
Лечение хирургическое



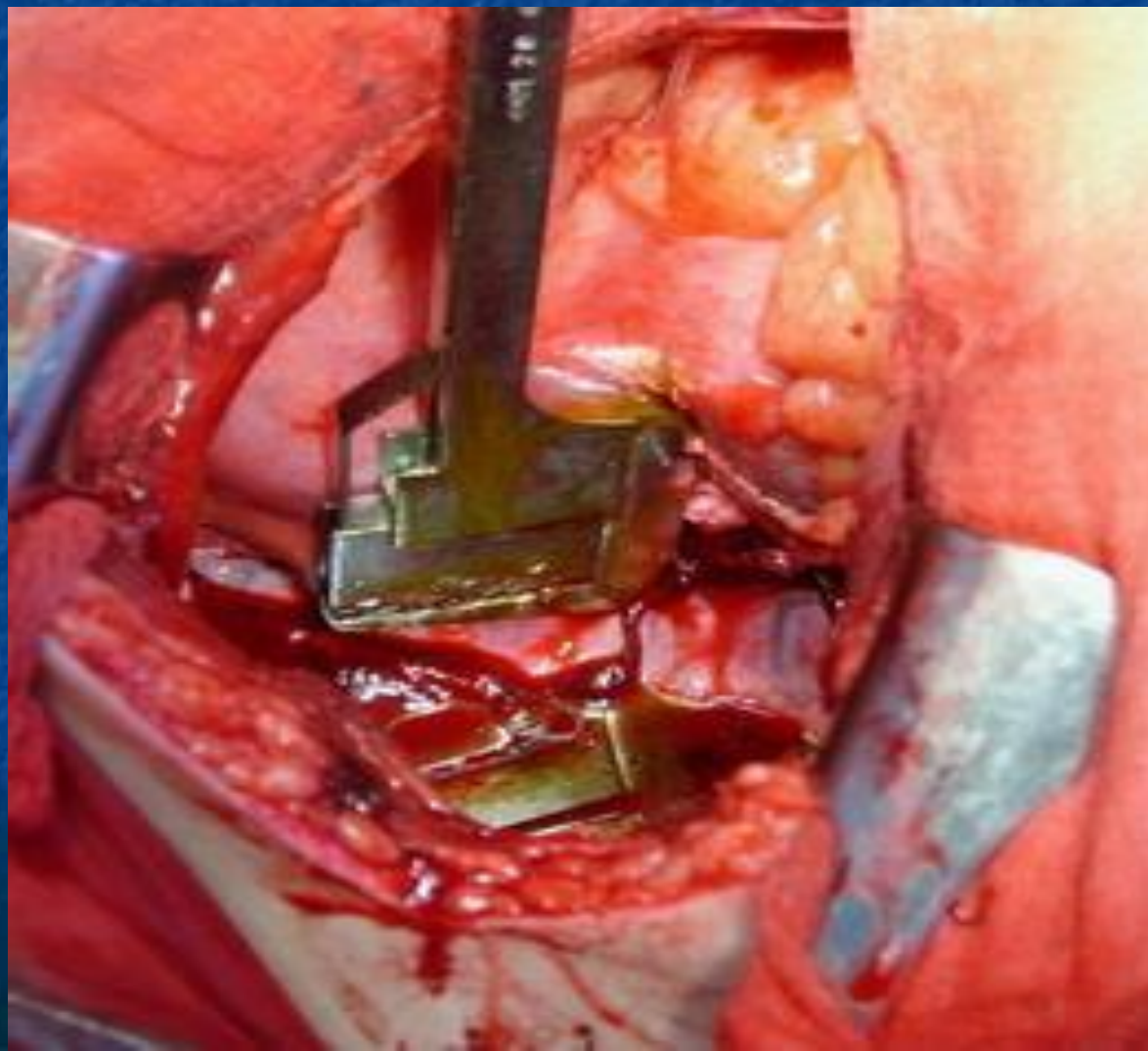
Трансторакальное
микродренирование
и дренирование



Лечение хирургическое



Хронический абсцесс легкого. Пулumonэктомия.



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

