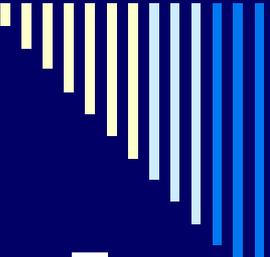


Абсцесс легкого

Выполнила: Исмаилова Гульнара 071-01гр



Классификация (Митюк И.И.)

По патогенезу:

- постпневмонические;
- аспирационные;
- обтурационные;
- посттравматические;
- гематогенно-септические;
- лимфогенные;
- тромбозэмболические.

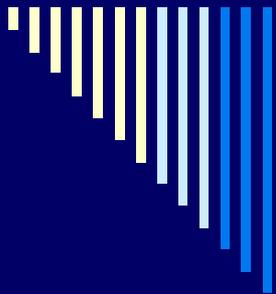
По характеру гнойного процесса:

- одиночные гнойные абсцессы;
 - множественные гнойные абсцессы;
 - двусторонние гнойные абсцессы;
 - гангренозные абсцессы (одиночные, во множественных, одно- и двусторонние);
 - ограниченная гангрена;
 - распространенная гангрена.
-

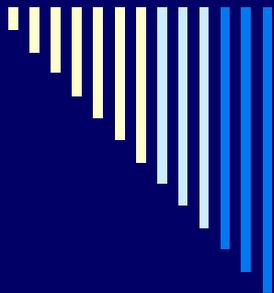


Классификация (Митюк И.И.)

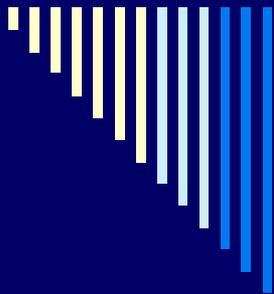
- По локализации (с указанием пораженного сегмента или частицы).
 - За стадиями:
 - 1 стадия - некротической пневмонии;
 - 2 стадия - распада и отторжения некротических масс;
 - 3 стадия - очистка и рубцевание.
 - За сроком существования:
 - острые;
 - хронические.
 - Осложнение:
 - легочное кровотечение;
 - пиопневмоторакс;
 - эмпиема плевры;
 - сепсис;
 - бронхогенная диссеминация.



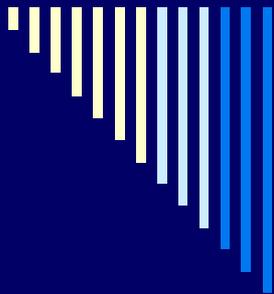
- Абсцедивная пневмония - это множественные деструктивные очаги размерами 0,3-0,5 см, которые локализованы в пределах 1-2 сегментов легкие и не склонные к прогрессу. Сопроводительным при этом выражена перифокальная инфильтрация легочной ткани



- Абсцесс легких - гнойный или гнилостный распад некротизированных участков легочной ткани одного сегмента с формированием одной или нескольких полостей, заполненных гноем, отграниченных от окружающей паренхимы пиогенной капсулой и выраженной перифокальной инфильтрацией окружающей легочной ткани. Возникает у лиц с сохраненной реактивностью организма.



- Гангренозный абсцесс - гнойно-гнилостный некроз легочной ткани в пределах 2-3 сегментов, отмежеванный от окружающих участков паренхимы, со склонностью к секвестрогенерации. Может трансформироваться в гнойный абсцесс (после лизиса секвестров) или гангрену, в зависимости от реактивности организма.



- Гангрена легких - диффузный гнойно-гнилостный некроз ткани без тенденции к четкому ограничению с быстрой динамикой распространения зоны некроза и распада паренхимы. Характеризуется тяжелой интоксикацией, склонностью к плевральным осложнениям и легочным кровотечениям. При поражении одной частицы гангрена считается ограниченной, при охватывании обширных участков - распространенной.



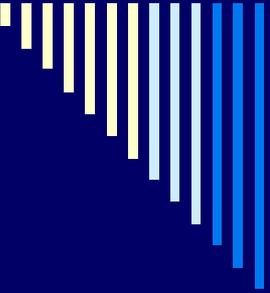
Условия формирования гнойно-деструктивного процесса

- нарушение бронхиальной проходимости с развитием ателектаза;
 - инфекционный воспалительный процесс в легочной ткани;
 - региональные расстройства кровоснабжения с последующим некрозом участка паренхимы
-



Причины:

- Анаэробы
- *Peptostreptococcus* (анаэробные грамотрицательные кокки), *Fusobacterium nucleatum*, *Fusobacterium necrophorum*, виды *Porphyromonas* и *Prevotella melaninogenica* (формально относящиеся к роду *Bacteroides*).
- Аэробы
- *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus pyogenes*, *Pseudomonas pseudomallei*, *Haemophilus influenzae* (особенно тип b), *Legionella pneumophila*, *Nocardia asteroides*, виды *Actinomyces* и редко пневмококки.
- Простейшие
- *Paragonimus westermani* и *Entamoeba histolytica*, а также микобактерии



Клиническое течение

- **Клиника бронхопневмонии**
 - **Признаки интоксикации** (общая слабость, головная боль, недомогание, сниженный аппетит, умеренные боли в груди, одышка, субфебрильная температура).
 - **Надсадный кашель и одышка.**
-



Характер мокроты

При его отстаивании различают три слоя:

- нижний - в виде серой массы с детритом и лоскутами легочной ткани;
 - средний - содержание гнойное, мутное, жидкое;
 - верхний - пенистый слой
-



Характеристика экссудата

pH < 7.0

Глюкоза < 40 мг/мл

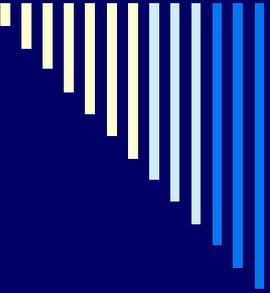
LDH (лактатдегидрогеназа) > 1000 МО/мл

Позитивная микробная культура (50%)

Относительная плотность > 1.018

WBC (лейкоцитоз) > 500 cells/mm³

Белок > 2.5 г/мл



Объективные признаки

Перкуторно - притупление звука над гнойным очагом и перифокальной инфильтрацией.

При аускультации - жесткое дыхание с влажными хрипами в зоне гнойного очага.

После дренирования абсцесса может быть раскрыта коробочный звук при перкуссии, при аускультации - влажные хрипы на фоне амфорического дыхания.



Рентгенологическое исследование абсцесса легкого

- интенсивное инфильтративное затемнение различной протяжённости (от нескольких сегментов до доли и более). Междолевые границы затемнения часто имеют выпуклую форму.
- Во вторую фазу на фоне уменьшающейся инфильтрации начинает определяться полость округлой формы с достаточно ровным внутренним контуром и горизонтальным уровнем жидкости.
- Наличие выпота в плевральной полости свидетельствует о вовлечении в процесс плевры. При хроническом абсцессе полость имеет плотные стенки, окружена зоной инфильтрации. В полости хронического абсцесса можно видеть секвестры.
- При гангрене лёгкого после прорыва в бронх определяют множественные просветления неправильной формы (иногда с уровнями жидкости) на фоне массивного затемнения.



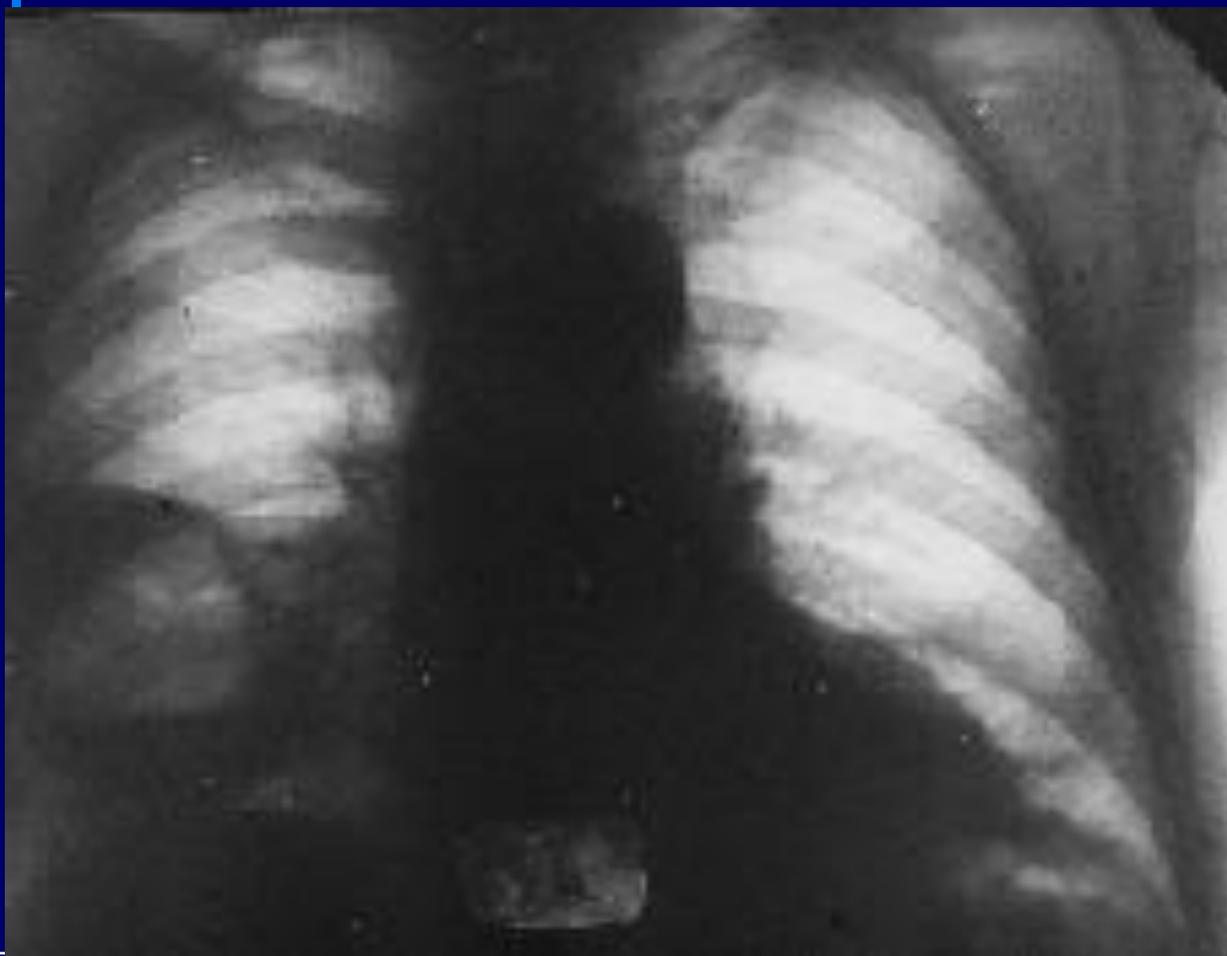
Бронхоскопия абсцесса легкого

- Бронхоскопия носит диагностический и лечебный характер. Аспирация гноя облегчает состояние больного, позволяет получить материал для определения микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам.
-

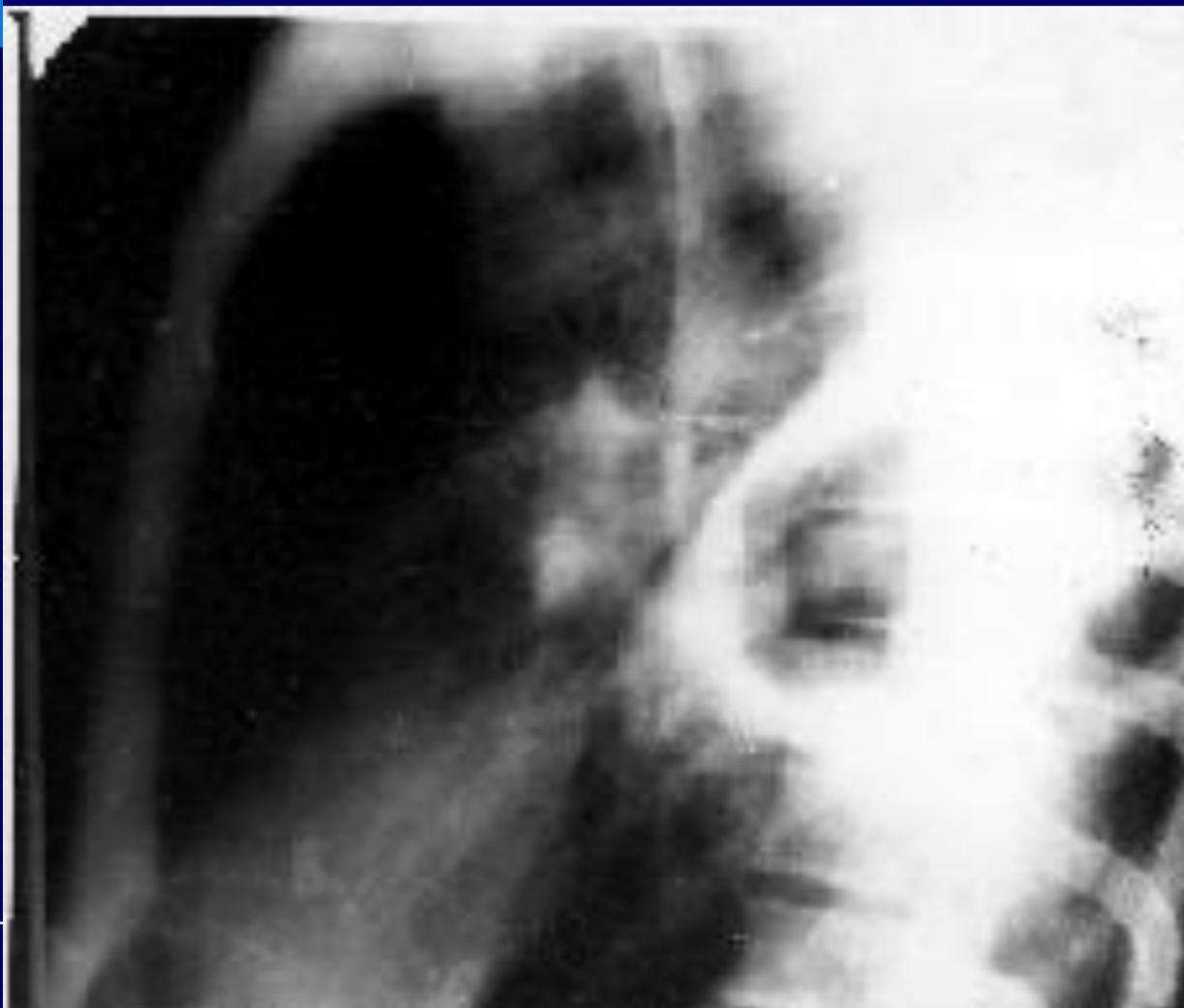
Острый абсцесс нижней доли правого легкого в стадии некротической пневмонии.



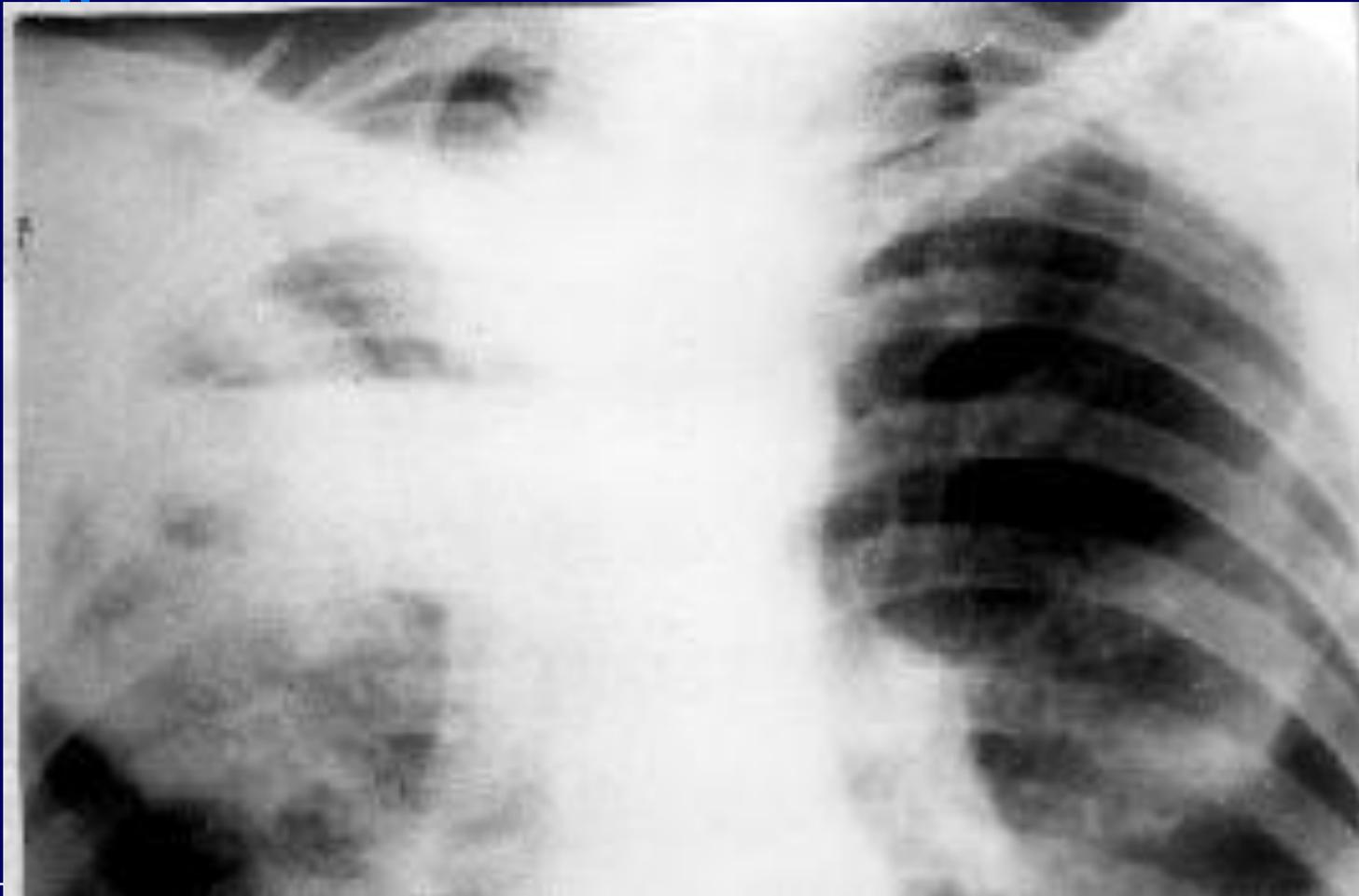
Острый абсцесс нижней доли правого легкого



Гангренозный абсцесс нижней доли левого
легкого

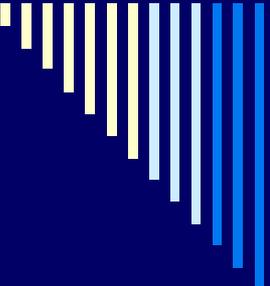


Гангрена правого легкого.



Дифференциальная диагностика абсцесса легкого с периферическим раком

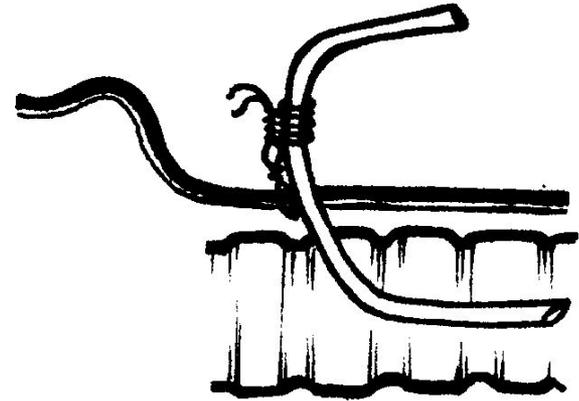
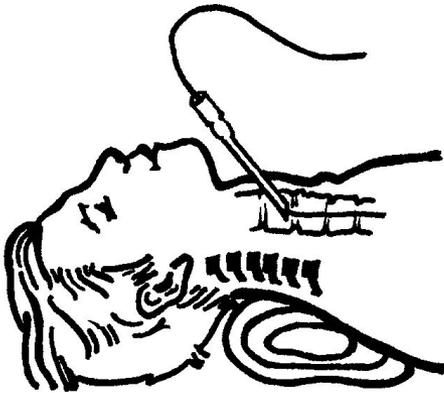
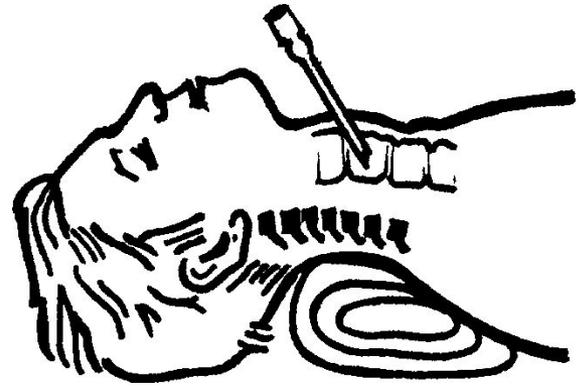
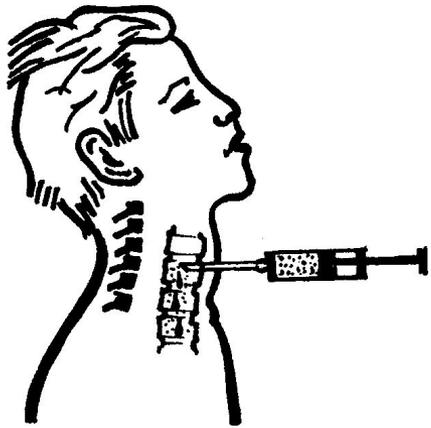


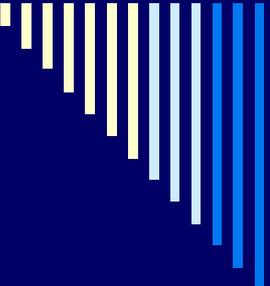


Дифференциальная диагностика абсцесса легкого

- Туберкулёз лёгкого
 - Эмпиема плевры
 - Рак лёгкого
 - Кисты лёгкого
-

Пункция трахеи и анестезия трахео-бронхиального дерева





Показания к оперативному вмешательству при острых деструктивных процессах легких:

- легочное кровотечение II-III ст.;
 - прогресс процесса на фоне активной и адекватной терапии;
 - напряженный пиопневмоторакс, который не удастся ликвидировать дренированием плевральной полости;
 - невозможность исключить злокачественную опухоль.
-



Эмпиема плевры

- Эмпиема плевры - это гнойное воспаление висцерального и париетального ее листков, что сопровождается накоплением гноя в плевральной полости.
-



Классификация

I. За этиологическим фактором:

1. Специфическая.
2. Неспецифическая.

II. За патогенетическим фактором:

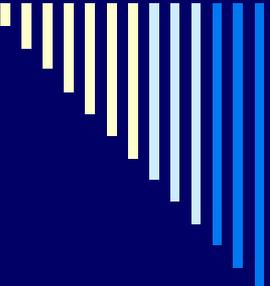
1. Первичная.
2. Вторичная.

III. За клиническим течением:

1. Острая.
2. Хроническая.

IV. За распространением процесса:

1. Ограниченная.
 2. Распространенная.
-



Классификация

V. Деструкция легких:

1. Эмпиема с деструкцией легочной ткани.
2. Эмпиема без деструкции легочной ткани.
3. Пиопневмоторакс.

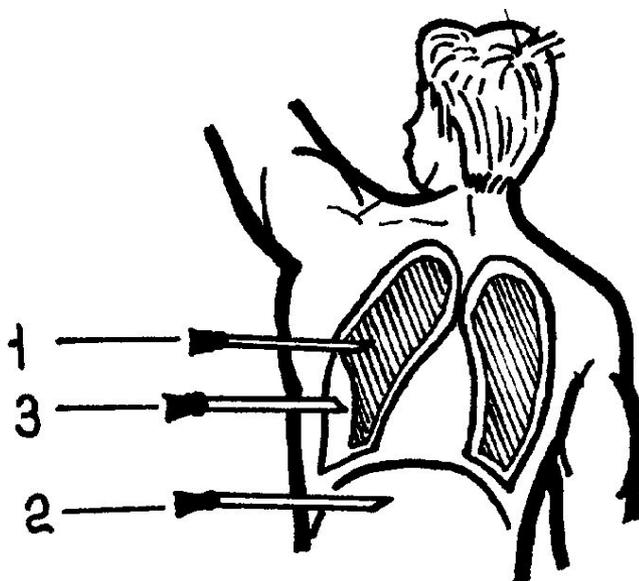
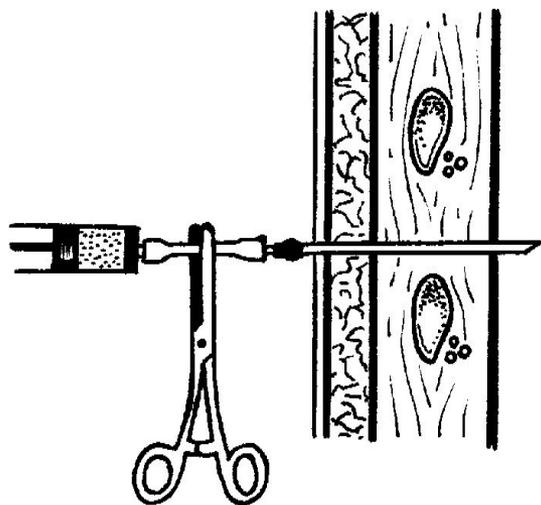
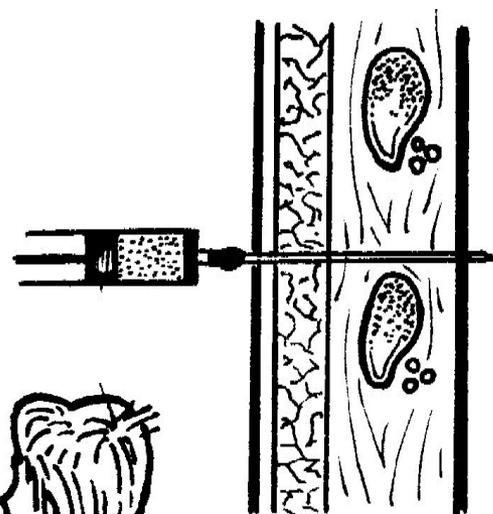
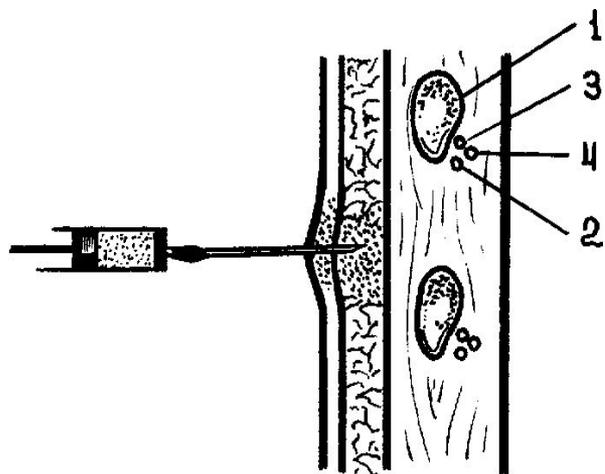
VI. Соединение с внешней средой:

1. Закрытая эмпиема плевры;
2. Открытая эмпиема плевры:
 - а) бронхоплевральный свищ;
 - б) торакоплевральный свищ;
 - в) торакоплевробронхиальный свищ;
 - г) решетчатое легкое.

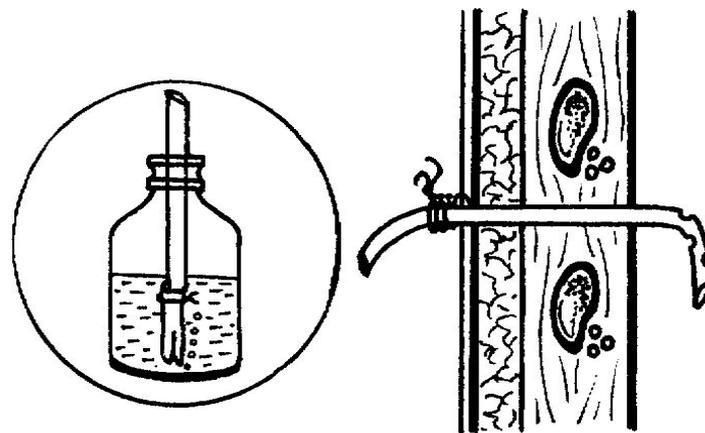
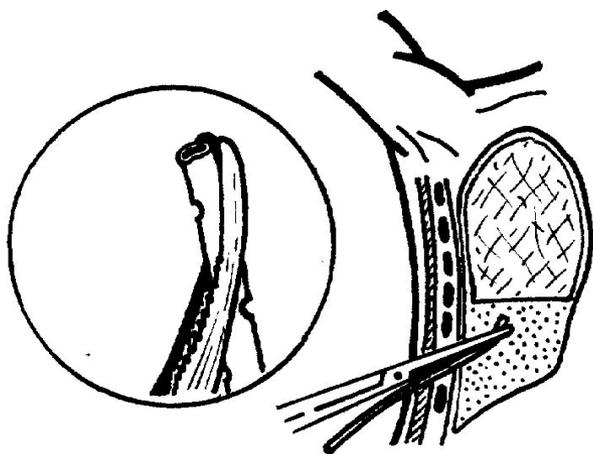
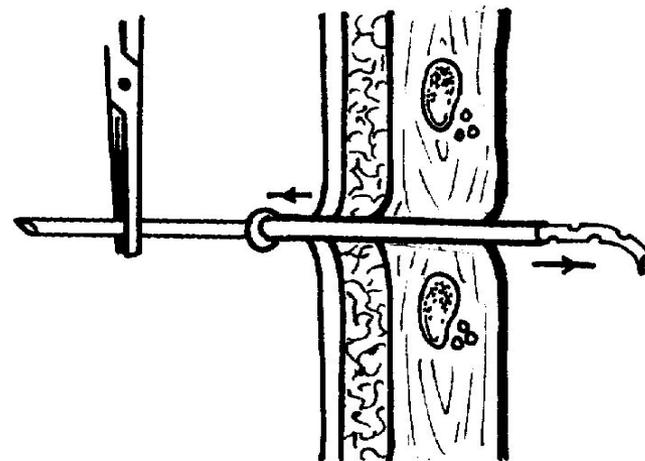
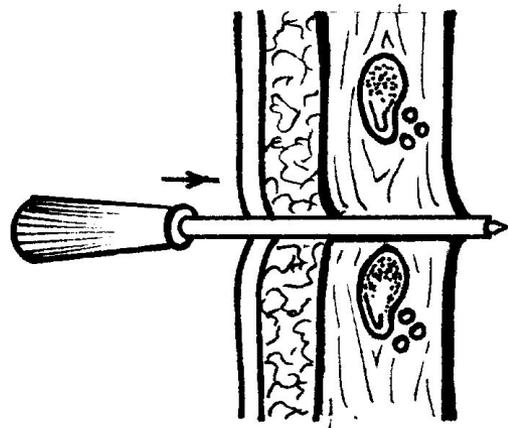
Левосторонняя эмпиема плевры

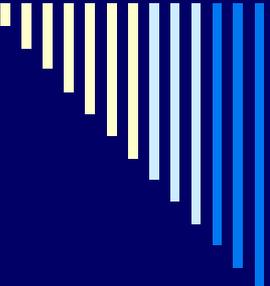


ПУНКЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ



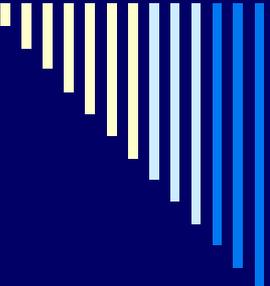
ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ





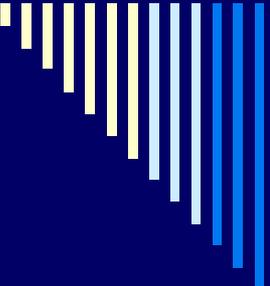
Пневмоторакс

- Пиопневмоторакс - прорыв гнойника легких в плевральную полость, которая сопровождается гнойными воспалениями листков плевры и колапсом легких.
-



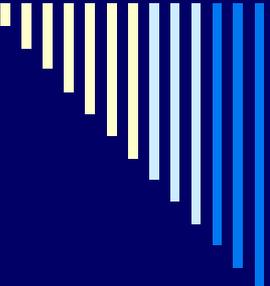
Основные причины возникновения пневмоторакса

- - острый абсцесс легких;
- гангренозный абсцесс легких;
- гангрена легких;
- гнойная киста легких;
- абсцедивная пневмония;
- бронхоэктатическая болезнь;
- поддиафрагмальный абсцесс, который прорвался в плевральную полость;
- повреждение пищевода;
- медиастинит;
- ранение грудной стенки;
- операции и диагностические манипуляции на органах грудной клетки.



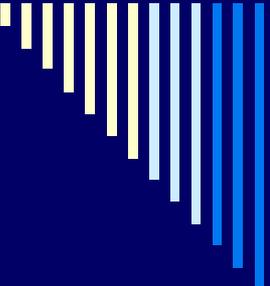
Классификация

- I. За этиологическим фактором:
 1. Специфический.
 2. Неспецифический.
- II. За патогенетическим фактором:
 1. Первичный.
 2. Вторичный.
- III. За клиническим ходом:
 1. Стертая форма.
 2. Мягкая форма.
 3. Острая форма.



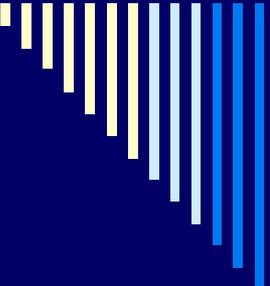
Классификация

- IV. При распространённом процессе:
 1. Ограниченный пиопневмоторакс:
 - а) пристеночный;
 - б) апикальный;
 - в) наддиафрагмальный;
 - г) парамедиастинальный;
 - д) многокамерный.
 2. Субтотальный пиопневмоторакс.
 3. Тотальный пиопневмоторакс.
 4. Напряжённый пиопневмоторакс.
-



Левосторонний тотальный пневмоторакс





Осложнения:

- легочное кровотечение;
 - пиопневмоторакс;
 - эмпиема плевры;
 - сепсис;
 - бронхогенное распространение
-

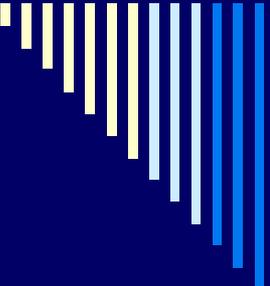
ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

I степень – кровотечение менее 300 мл.

II степень – кровотечение менее 700 мл.

III степень - кровотечение более 700 мл.





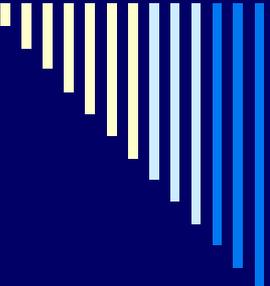
Лечение

бронхолитики, отхаркивающие, ингаляции, абсцесс в нижних долях проводят дренаж положением, приподнимая ножной конец кровати на 20-30 см

Антибиотики Антибиотики в больших дозах, стимулирование защитных сил организма высококалорийное питание, белки высококалорийное питание, белки, витамины высококалорийное питание, белки, витамины, левомизол, T-активин высококалорийное питание, белки, витамины, левомизол, T-активин, антистафилококковые плазма и гаммаглобулин, гемосорбция высококалорийное питание, белки, витамины, левомизол, T-активин, антистафилококковые плазма и гаммаглобулин, гемосорбция, плазмаферез.

При неэффективности через 2-3 месяца — хирургическое лечение.

При неэффективности лечения в течение 6-8 нед



Оперативное лечение

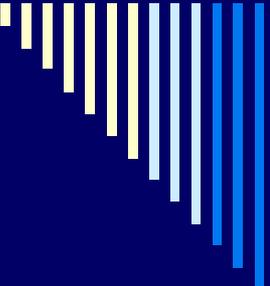
Показания:

превращение в хроническую форму,
формирование остаточной полости эмпиемы.

Объем вмешательства:

плеврэктомия, декортикация легкого.

В некоторых случаях, при наличии
бронхиальной фистулы и большой полости
эмпиемы плевры, имеется необходимость
выполнения резекции легкого и
торакопластики.



Список литературы:

- *Петров С. В.* Общая хирургия: Учебник для вузов. — 2-е изд. — 2004. — 768 с. — [ISBN 5-318-00564-0](#)
 - Гребенев Внутренние болезни
-