

НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ (инфекционная деструкция легких, бронхоэктатическая болезнь)

Инфекционная деструкция легких

Определение. Это тяжелые патологические состояния, характеризующиеся воспалительной инфильтрацией и гнойным (гнилостным) распадом легочной ткани в результате воздействия неспецифических инфекционных возбудителей (чаще облигатных анаэробов).

Летальность составляет 5-10%.

Факторы риска: мужской пол, 40-50 лет, злоупотребление алкоголем, курение, профессиональные вредности, тяжелые ФН, климатические условия, неправильное ведение больных в бессознательном состоянии, нарушением глотательного рефлекса, заболеваниями пищевода.

Этиология:

-облигатные анаэробы (фузобактерии, бактероиды, анаэробные кокки)

-аэробная и условно анаэробная флора

Гр+ (стафилококки, стрептококки)

Гр- (синегнойная палочка, клебсиела, протей)

-грибы, простейшие

Патогенез: пути проникновения возбудителя

- бронхогенный (аспирационный, постпневмонический, обтурационный)

-гематогенный

-травматический

-контактный (переход нагноения с соседних органов)

Снижение факторов защиты: нарушение бронхиального дренажа, приводящее к ателектазу, нарушение микроциркуляции, мукоцилиарного клиренса, иммунной защиты

Классификация:

I. *По этиологии и патогенезу* (см. выше)

II. *По клинико-морфологической форме*

- АБСЦЕСС – ограниченная гнойно-некротическая полость в легких, вследствие инфекционной деструкции и расплавления легочной ткани.

Хронический абсцесс – ограниченная полость с плотными рубцовыми стенками с периодическими обострениями (чаще более 6 мес.), формируется в 15-20%.

- ГАНГРЕНА – обширный некроз и ихорозный распад легочной ткани без четкого ограничения с быстрым гнойным расплавлением.
- ГАНГРЕНОЗНЫЙ АБСЦЕСС – менее обширный, чем гангрена, некроз и гнойное расплавление легочной ткани с формированием полости с секвестрами.

III. *По локализации:* периферический, центральный, единичный, множественный. !Наиболее типичная локализация – 2, 6, 10 сегменты (задние) – если аспирационный генез; обе нижние доли –

если гематогенный; средняя доля и базальные сегменты – если метапневмонический.

IV. *По течению:* острый, подострый, хронический (для абсцесса)

V. *По степени тяжести:* легкая, среднетяжелая, тяжелая, крайне тяжелая

VI. *По наличию осложнений:*

Легочные осложнения – пиопневмоторакс, эмпиема, РДС, легочное кровотечение

Внелегочные – сепсис, инфекционно-токсический шок, гнойный перикардит, менингит, ДВС, амилоидоз

Клинические синдромы:

1. Интоксикационный

2. Кашель сухой мучительный (до прорыва); с гнойной мокротой, часто зловонной, в большом количестве, полным ртом, до 500 мл (после прорыва), с прожилками крови, трехслойной (тканевой детрит – мутная тягучая слюна – пенистая слизь с гноем)

3. Одышка с затруднением вдоха, уменьшающаяся после прорыва

4. Боль в грудной клетке при вдохе, уменьшающаяся после прорыва

Объективные признаки:

- Цианоз, «барабанные палочки и часовые стекла» - при хроническом абсцессе

- Отставание больной половины грудной клетки

- Болезненность по ходу межреберных промежутков и ребер (симптом Крюкова)

- Приглушение, ослабление дыхания, сухие или влажные хрипы (до прорыва), тимпанит, бронхиальное или амфорическое дыхание, звонкие крупнопузырчатые хрипы (после прорыва).

План обследования:

1. Клинический и биохимический анализ крови (воспалительный синдром, гипопротейнемия)

2. Посев крови на стерильность

3. Серологический анализ крови

4. Анализ мокроты (общий, на ВК, АК, посев, газожидкостная хроматография гноя – установление анаэробной этиологии за 40 минут)

5. Рентгенограмма грудной клетки: интенсивная инфильтрация, с очагами просветления и выпуклой границей в здоровую сторону (до прорыва), полость с горизонтальным уровнем жидкости (после прорыва).

6. КТ, МРТ легких

7. Бронхоскопия, бронхография

8. Консультация торакального хирурга, фтизиатра, онколога – по показаниям

9. Трансторакальная пункция со взятием аспирата.

Пример формулировки диагноза:

Абсцесс в нижней доле левого легкого. Течение средней тяжести. Фаза разрешения. ДН 1 ст.

Дифференциально-диагностический ряд.

- туберкулез (кавернозная форма)
- рак легких (полостная форма)
- паразитарное поражение (эхинококковая киста, аспергиллома)
- нагноившаяся киста легкого

Лечение.

Режим 1, диета, богатая белком, витаминами группы В, С, обильное питье.

1. Дезинтоксикация и восстановление нарушенного гомеостаза:

- инфузионная терапия до 1-3л/сут.
- коррекция гипопроteinемии (аминокровин, альбумин)
- кислородотерапия
- экстракорпоральные методы (гемосорбция, ПФ, УФО крови)
- иммуномодулирующая терапия (иммуноглобулин, тималин)

2. Дренирование очага деструкции:

- бронхолитики (ксантины)
- муколитики (АСС)
- постуральный дренаж 8-10р/сут., ЛФК
- лечебная бронхокопия, микротрахеостомия, трансторакальное микродренирование с введением а/б, антисептиков)

3. Антибактериальная терапия (в/в):

Цефалоспорины, полусинтетические пенициллины+аминогликозиды, метронидазол, линкомицин+аминогликозиды, карбапенемы, фторхинолоны с метрагилом.

4. Хирургическое лечение (лобэктомия, пульмонэктомия) при полном отсутствии эффекта терапии, хроническом абсцессе, развитии осложнений.

Профилактика. Санация очагов инфекции, правильное ведение больных в бессознательном состоянии и нарушениями глотательного рефлекса, раннее распознавание и лечение массивных инфильтраций легких.

Бронхоэктатическая болезнь (bronхоэктазы)

Определение. Хронический локализованный нагноительный процесс (гнойный эндобронхит) в необратимо измененных (расширенных и деформированных), функционально неполноценных бронхах с преимущественной локализацией в нижних отделах.

Факторы риска:

- генетическая предрасположенность (дефицит альфа1-антитрипсина, снижение активности сурфактанта, недостаточное развитие гладкой мускулатуры бронхов), B(III) Rh(-)
- тяжелые рецидивирующие бронхо-легочные инфекции в детском возрасте (грипп, корь, краснуха, пневмонии)
- вредные привычки у матери во время беременности
- хронические гнойные очаги инфекции (ЛОР-органы, ротовая полость)
- туберкулез
- заболевания соединительной ткани.

Этиология: кокки, гемофильная палочка, синегнойная палочка, анаэробы

Патогенез:

Генетическая неполноценность бронхов+воспалительный нагноительный процесс+обтурационный ателектаз

Цилиндрические (пульсионные) бронхоэктазы – при повышении внутрибронхиального давления при кашле

Мешотчатые (тракционные) бронхоэктазы – при переходе воспаления с легких на стенку бронха при затяжной пневмонии.

Классификация.

I. По этиопатогенезу:

- первичные – после тяжелых бронхолегочных инфекций в детстве
- вторичные – осложнения других заболеваний (туберкулез, муковисцидоз, кистозная гипоплазия легких)

II. По форме расширения бронхов: цилиндрические, мешотчатые, смешанные

III. По локализации: односторонние, двусторонние с указанием сегмента !Типичная локализация – 4 и 5 сегменты (средняя доля), базальные сегменты нижних долей, язычковые сегменты.

IV. По фазе течения: обострения, ремиссия

V. По степени тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая

VI. По осложнениям:

- легочные – ДН, кровотечение (более 50 мл), абсцесс, плеврит
- внелегочные – ХЛС, амилоидоз и ХПН

Клинические синдромы:

1.Воспалительно-интоксикационный синдром

2.Кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой иногда «полным ртом», м.б. с прожилками крови с раннего детства

3.Боль в грудной клетке – локальная тупая

4.Экспираторная одышка.

Объективные признаки:

-Цианоз, «барабанные палочки, часовые стекла»

-Отставание больной половины грудной клетки, ограничение подвижности нижних границ

-Перкуторно – коробочный звук

-Аускультативно – жесткое дыхание со стойкими локальными разнокалиберными хрипами.

План обследования:

1.Клинический и биохимический анализы крови

2.Анализ мокроты

3.Рентгенограмма грудной клетки: ячеистость и грубая деформация на фоне усиления легочного рисунка, уменьшение объема пораженной части легкого, смещение средостения в сторону поражения (средняя доля, базальные и язычковые сегменты)

4.Бронхоскопия: локальный гнойный эндобронхит

5.Бронхография: цилиндрические или мешотчатые расширения бронхов 4-6 порядка, их деформация

6.Спирометрия – ДН по обструктивному типу

7.ЭКГ, Эхо-КГ (для выявления признаков ХЛС)

Пример формулировки диагноза:

ХОБЛ, средней степени тяжести. Бронхоэктазы в средней доле, среднетяжелое течение. ДН 2 ст.

Дифференциально-диагностический ряд

- кистозная гипоплазия легких
- трахеобронхомегалия (с-м Мунье-Куна)
- муковисцидоз
- синдром Зиверта-Картагенера
(врожденные бронхоэктазы+декстракардия+синусит)

Лечение

1.Консервативное:

- а/б (защищенные пенициллины, цефалоспорины 2, 3, 4 поколения, респираторные фторхинолоны, тетрациклины, макролиды),
- бронхолитики, небулайзерная терапия
- муколитики
- лечебные бронхоскопии
- постуральный дренаж, ЛФК, небулайзерная терапия

2.Хирургическое (резекция легкого): при большом одностороннем объеме поражения, частых обострениях, молодом возрасте, отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний.

Профилактика

Первичная: адекватное лечение респираторных инфекций у детей, борьба с вредными привычками, профилактика ОРЗ у беременных, санация очагов инфекции.

Вторичная: сезонная профилактика против гриппа, ФТЛ, ЛФК, СКЛ, санация хронических очагов инфекции, рациональное трудоустройство.