**Реферат**

**«Гангрена и абсцессы легкого. Бронхоэктатическая болезнь»**

Нозологические формы, встречающиеся, в основном, у пьяниц. В качестве нозологических форм выделены Лаэнекком в 1819 году. Многие авторитетные хирурги (Спасокукоцкий, Бакулев и др.) считают эти заболевания формами одного и того же процесса, Абрикосов, Давыдовский, Струков, Кузин - различными заболеваниями.

Общее в картине гангрены и абсцесса: гнойно-гнилостный некроз части лёгкого, но при гангрене - отсутствие ограничительной реакции ткани и, в связи с этим распространение процесса на долю или всё лёгкое, а при абсцессе ограничительная инфильтрация и в связи с этим, локализация процесса.

По данным академика Колесникова наблюдается устойчивость к антибиотикам в 87% случаев.

Патогенез: обтурация дренирующего бронха (аспирация, обтурация опухолью и т.д.), коллабирование части лёгкого, нарушение кровообращение в данной зоне, развитие воспалительного процесса с инфицированием и некрозом.

### **ГАНГРЕНА ЛЕГКОГО**

**Классификация**:

I. По путям инфицирования:

1.Бронхогенный

2. Гематогенный

3. Лимфогенный

4. Травматический

II. По механизму действия:

1.Постпневмонические (до 90% по Стручкову)

2.Аспирационные

3. Гематогенно-эмболические

4.Обтурационные (опухолью или воспалительным процессом)

5.Посттравматические

III. По распространенности:

1. Распространённая (не менее доли)

2.Ограниченная

IV. По течению:

1. С острым началом

2. С постепенным нарастанием (под маской гриппа)

V. По клиническим стадиям:

1.Стадия лоббита

- повышение температуры, озноб, боль в груди, интоксикация

- физикальные данные: притупление перкуторного звука, ослабление дыхания над зоной гангренозного воспаления

- R-массивное гомогенное затемнение

2. Стадия некроза и распада:

- гектическая температура, гнилостный запах изо рта

- физикальные данные: амфорический звук или темпанит над зоной гангрены, аускультативно - ослабленное дыхание и влажные хрипы при пневмонии в прилегающих отделах лёгкого

- R-логически-участки просветления в зоне некроза

3.Стадия дренирования очага через бронх – обильная мокрота с дурным запахом, снижение температуры

-физикальные данные: дыхание с амфорическим оттенком

4.Сухая полость - при благоприятном течении гангрены (если больной не погибает в третьей стадии).

В этой стадии наблюдается постепенная нормализация температуры, однако состояние больного остаётся тяжелым вследствие интоксикации и астенизации (может сохранятся кашель).

**Диагностика:**

- R-логический метод наиболее важен (рентгенография, томография, бронхография)

- Бронхоскопия (несёт как диагностическую, так и лечебную нагрузку)

- Сканирование (снижение интенсивности накопления радиоактивного препарата в месте некроза и воспаления)

#### **АБСЦЕСС ЛЕГКОГО**

Патогенез абсцесса легкого сходен с таковым при гангрене легкого. Абсцесс легкого острый (абсцедирующая пневмония). Называется более или менее ограниченная полость, образующаяся в результате гнойного расплавления легочной ткани. Возбудитель -- различные микроорганизмы (чаще всего золотистый стафилококк). Характерно снижение общих и местных защитных функций организма из-за попадания в легкие и бронхи инородных тел, слизи, рвотных масс -- при алкогольном опьянении, после судорожного припадка или в бессознательном состоянии. Способствуют хронические заболевания и инфекции (сахарный диабет, болезни крови), нарушение дренажной функции бронхов, длительный прием глюкокортикоидов, цитостатиков и иммунодепрессантов.

**Классификация:**

I

1. Периферический

2. Центральный

II.

1. Осложнённый

2. Неосложнённый

III.

1. Гнойный

2. Гангренозный

IV.

1. Острый

2. Хронический

V.

1. Одиночный

2. Множественные

VI.

1. Односторонние

2. Двусторонние

**Стадии:**

1. Стадия инфильтрата: повышение температуры, R-логически наличие затемнения, физикальные данные при незначительных размерах абсцесса отсутствуют

2. Стадия дренирования через бронх: появление обильной мокроты, количество которой уменьшается к концу 3-й неделе

3. Стадия сухой полости (кисты): исчезновение симптоматики, сухая полость при R-логическом исследовании

**Клиника:**

Чаще встречается у мужчин среднего возраста, 2/3 больных злоупотребляют алкоголем. Болезнь начинается остро: озноб, повышение температуры, боли в груди. После прорыва гноя в бронх выделяется большое количество гнойной мокроты, иногда с примесью кропи и неприятным запахом. Над зоной поражения легких вначале выслушивается ослабленное дыхание, после прорыва абсцесса – бронхиальное дыхание и влажные хрипы. В течение 1-3 месяцев может наступить благополучный исход: тонкостенная киста в легком или очаговый пневмосклероз; неблагоприятный исход – абсцесс становится хроническим.

**Дифференциальная диагностика абсцесса:**

Периферический рак в стадии распада - возможна только с использованием цитологического исследования. Туберкулёзная каверна - возможна только при многократном бактериологическом исследовании.

**Дополнительные методы диагностики:**

Наиболее информативным является рентгенологическое исследование грудной клетки. В первый период абсцесса рентгенологически определяется затенение. Во втором периоде в проекции тени появляется просветление с горизонтальным уровнем жидкости (см. схему). Полость абсцесса имеет чаще всего вытянутую овальную форму, она окружена каймой пневмонической ткани. Уровня жидкости нет, если абсцесс расположен в верхней доле. Томографически полость можно выявить раньше, чем при обычном рентгенологическом исследовании грудной клетки.

Определенное значение имеют методы исследования мокроты - общий анализ, бактериологическое исследование с определение чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам.

Консервативное лечение:

1. Инфузионная терапия:

- парентеральное питание (растворы аминокислот, кровь, плазма)

- дезинтоксикационная терапия (низкомолекулярные кристаллоиды, реополиглюкин, гемодез и т.д.)

- гемодинамическая терапия (полиглюкин, реополиглюкин, низкомолекулярные кристаллоиды и т.д.)

2. Антибактериальная терапия (с учетом чувствительности к антибиотикам).

3. Анаболические гормоны (вследствие активации катаболизма)

4. Витаминотерапия

5. Антиферментные препараты (уровень трипсина у таких больных 420мкг при норме 250-300 мкг)

6. Гемотрансфузии для коррекции анемии и гипопротеинемии

7. Иммунотерапия

– специфическая (антистафилококковый &-глобулин, стафилококковый бактериофаг)

– неспецифическая (Т-активин, метронидазол, метрагил и т.д.)

8. Симптоматическая терапия (обезболивающее, жаропонижающие, отхаркивающие)

9. Местное лечение:

1). Пустуральный дренаж

2). Ингаляции антисептиков, протеолитических ферментов, бронхолитиков

3). Эндотрахеальное введение антисептических препаратов и ферментов

4). Санационная бронхоскопия

Принципиальным отличием в тактике хирургического лечения обеих нозологических форм, является то, что острый абсцесс, будучи отграниченным процессом, не приводит, как правило, к тяжелым осложнениям, как кровотечение и, поэтому, ведется консервативно, а гангрена неотграниченный, прогрессирующий процесс, нередко осложняется кровотечением, при состоянии, позволяющем оперировать больного, является показанием к оперативному лечению.

При постановке диагноза абсцесса или гангрены применяются методы "малой" хирургии - дренирование гнойной полости с использованием одного или нескольких дренажей (в зависимости от величины полости) и введением через дренажи антибиотиков, других антисептиков.

При отсутствии эффекта больные с гангреной легкого подвергаются:

а) диагностике и лечении гангрены и абсцесса легких методами "малой хирургии"

- диагностическая пункция и дренирование абсцессов лёгких под контролем УЗИ

- проточное промывание с использованием дозаторов

- постановка позднего бронхообтуратора, в том числе и в верхнедолевые бронхи

- использование культуры фибробластов для облитерации кист после абсцессов лёгких

- постановка бронхообтуратора при дренировании абсцесса лёгкого специальным катетером

- использование гипохлорита кальция

а) антисептика при внутриполостном введении

б) как иммуномодулятора при внутривенном введении

в) после радикального хирургического лечения

- использование культуры фибробластов для обработки культи бронха

- формировние остаточной плевральной полости с использованием дозаторов и специальной пломбировки

- использование культуры фибробластов для формирования фиброторакса

- повышение уровня коллатерального кровообращения бронха с целью профилактики несостоятельности культи бронха после пульмонэктомиии

г) оперативному лечению:

- лобэктомия

- билобэктомия

- пульмонэктомия

В зависимости от распространённости процесса. Больные с абсцессом легких подвергаются оперативному лечению, как правило, при переходе процесса из острой стадии в хроническую.

##### **БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**

**Классификация:**

I.

1. Врождённые (у 2/3 болезнь проявляется до 20 лет)

2. Приобретённые (бронхиты, бронхопневмонии и т.д.)

Как правило бронхоэктатичская болезнь двусторониий процесс(55% в левом лёгком, 45% в правом)

II.

1. Ретенционные

2. Деструктивные

3. Ателектатические

III.

1. Цилиндрические

2. Мешотчатые

3. Веретенообразные

4. Четкообразные

**СТАДИИ:**

1) Поражение слизистой (клиники нет)

2) Поражение стенки бронха по всей толщине (повышение температуры, «барабанные палочки», дыхательная недостаточность)

3) Стадия гнойных осложнений в лёгких, поражения органов (легочное сердце, амилоидоз почек и т.д.).

**КЛИНИКА:**

- ухудшение общего состояния

- кашель по утрам с мокротой (мокрота есть в любое время)

- боль в груди

- одышка

- кровохарканье

- уменьшение ЖЕЛ

**ДИАГНОСТИКА:**

R-логические методы (R-графия, бронхоскопия, ангиопульмонография)

**ЛЕЧЕНИЕ:**

I. Эндобронхиальная санация

II. Общее лечение

III. Оперативное:

а) радикальное – лобэктомия, пульмонэктомия

б) паллиативное - перевязка или окклюзия лёгочных артерий

Противопоказания к оперативному лечению:

а) снижение ЖЕЛ ниже 50%

б) двустороннее поражение

в) декомпенсация кровообращения

г) амилоидоз

**Литература:**

* Кузин М.И. Хирургические болезни. — М.: Медицина. 2000.
* Беркоу Р., Флетчер Э.Д. Руководство по медицине. –– М.: Мир. 1997.