**Гнойные заболевания легких**

Симптоматология и клиника.

Абсцессы легких чаще наблюдаются у мужчин (5:1) в возрасте от 20 до 40 лет.

В практике наиболее часты (примерно 2/3 наблюдений) абсцессы правого легкого.

В клинической картине абсцесса легкого отчетливо выделяются два периода:

1 – до вскрытия абсцесса в просвет бронха или плевральную полость (абсцедирование);

2 – период вскрытия абсцесса и дренирования полости гнойника.

Первый период характерен общим тяжелым состоянием больного, выраженной интоксикацией, болями в соответствующей половине груди, сухим изнуряющим кашлем.

В этот период температура держится на высоких цифрах. Лихорадка носит или «постоянный», или «послабляющий» характер, сопровождаясь проливным потом, ознобом, резко выраженной слабостью.

При перкуссии над областью абсцесса определяется притупление звука. Аускультативно в этот период отмечается грубые сухие хрипы на фоне жесткого или ослабленного дыхания. При абсцессах субплевральной локализации прослушивается грубый шум трения плевры. Мокрота скудная, вязкая, отходит с трудом, иногда гнойная, но без запаха.

Исследование крови выявляет лейкоцитоз до 10000- 20000, резкий сдвиг нейтрофиллов влево, появление токсической зернистости нейтрофиллов. СОЭ обычно ускорена до 40- 50 мм в час. Иногда наблюдается небольшое сгущение крови.

Исследования мочи могут дать указание на наличие легкого токсического нефрита.

Обычно продолжительность первого периода 8-10 дней, но в связи с применением антибиотиков этот период может длиться значительно дольше.

Клиническая картина стертая, диагностика и без того трудная, становится еще труднее.

Второй период – вскрытие абсцесса в просвет бронха и его дренирование. Этот период обычно приносит облегчение больному.

В один из приступов кашля у больного начинает отходить большое количество мокроты. Очень часто этому предшествует кровохарканье.

Мокрота в первые дни после вскрытия обычно отходит в больших количествах ("полным ртом», за сутки до 1 литра). Она носит гнилостно-гнойный характер с отвратительным приторным запахом.

С момента вскрытия абсцесса (если это, конечно, был единичный гнойник и дренаж полости хороший) общее состояние больного быстро улучшается.

Лихорадка становится неправильной, а затем сменяется нестойким субфебрилитетом. Перкуторно часто удается выявить «тимпанит» на фоне притупления легочного звука, «шум треснувшего горшка» и другие полостные явления. При аускультации удается обнаружить участки «бронхиального дыхания», «шум падающей капли». Всегда прослушивается большое количество влажных разнокалиберных хрипов. Физикальные данные зависят от величины полости, ее содержимого, величины перифокального воспаления, величины и характера дренирующего бронха, положения гнойника в легком и ряда других факторов.

Вместе с улучшением общего состояния, уменьшается количество лейкоцитов в крови, несколько замедляется СОЭ.

Процесс в легком может закончиться рубцеванием или принимает хроническое течение.

Сроки перехода процесса в хронический определяются 3-6 месяцами.

Диагностика.

В диагностике абсцессов легких, помимо вышеприведенных клинических признаков, большое значение приобретают рентгенологические методы.

В период абсцедирования рентгенологически в легком выявляется выраженное затемнение с нечеткими контурами.

Дифференцировать абсцесс приходится от пневмоний, туберкулезного инфильтрата, опухолей легких, сопровождающихся перифокальным воспалением, актиномикоза и др.

В подобных ситуациях помогают томография или КТ, выявляя патогномоничные для этих заболеваний симптомы: обтурацию или сужение просвета бронхов, контуры опухоли и лимфатических узлов корня легкого и средостения.

При исследовании мокроты можно обнаружить клетки новообразования, туберкулезные бактерии, актиномицеты.

После вскрытия абсцесса в бронх рентгенологическая и клиническая диагностика абсцессов значительно упрощается. На фоне затемнения появляется просветление – воздушный пузырь, ограниченный контуром внутренних стенок абсцесса. Если в полости еще остается гной, то рентгенологически удается определить наличие жидкости, имеющей горизонтальный уровень на границе с газом.

Томография в этот период позволяет определить не только величину полсти, но и наличие в ней истинных или ложных секвестров, толщину и характер стенок абсцесса, уточнить локализацию абсцесса, обнаружить дренирующий бронх, дать сведения о состоянии плевры над областью абсцесса.

Дифференцировать абсцесс в этот период следует от распадающейся опухоли легкого, эхинококка, кавернозного туберкулеза, нагноившейся кисты легкого.

Для дифференциальной диагностики применяют бронхоскопию, которая позволяет не только осмотреть крупные бронхи, но и взять биопсию.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://medicall.ru/>