

# Московский Государственный Медико- Стоматологический Университет

Кафедра хирургических болезней

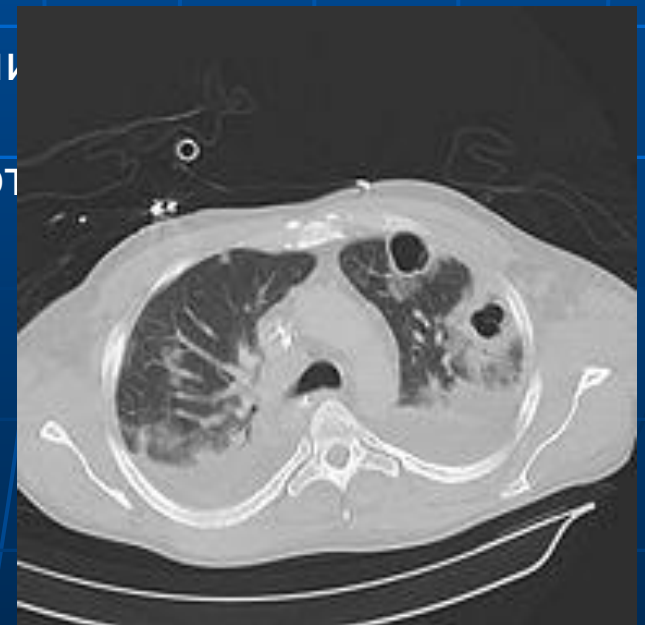
Тема: Абсцесс легкого и эмпиема плевры как  
осложнение

Работу выполнила студентка  
стоматологического  
факультета курса группы

Москва 2011 г.

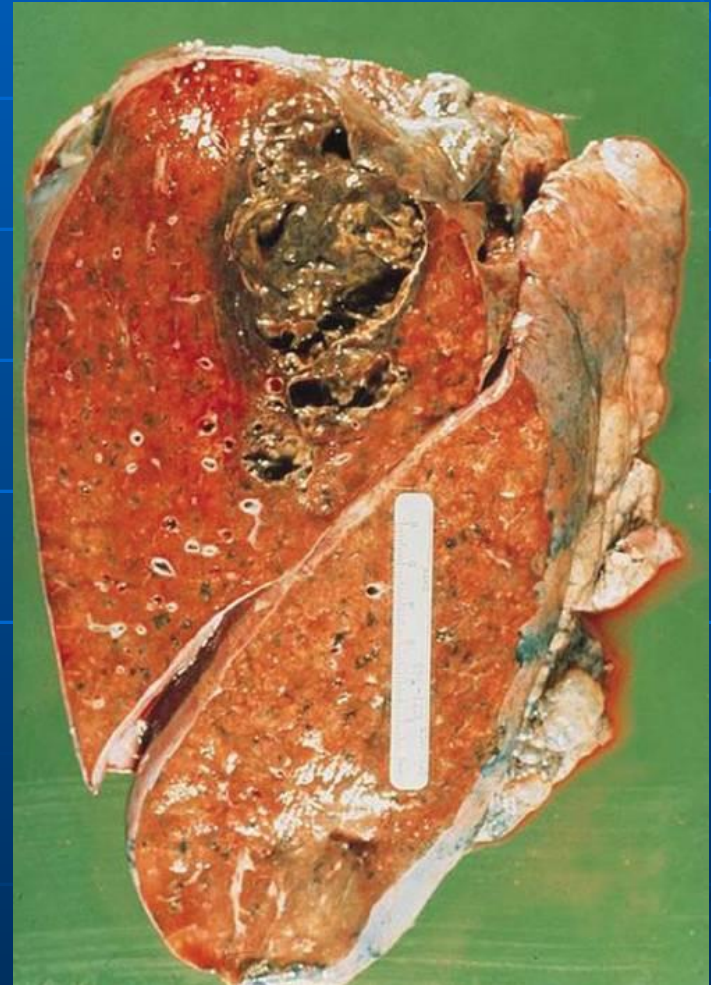
# Абсцесс лёгкого

Называется более или менее ограниченная полость, образуемая в результате гнойного расплавления легочной ткани. Возбудитель — различные микроорганизмы (чаще всего золотистый стафилококк). Характерно снижение общих и местных эрективных защитных функций организма из-за попадания в лёгкие 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.



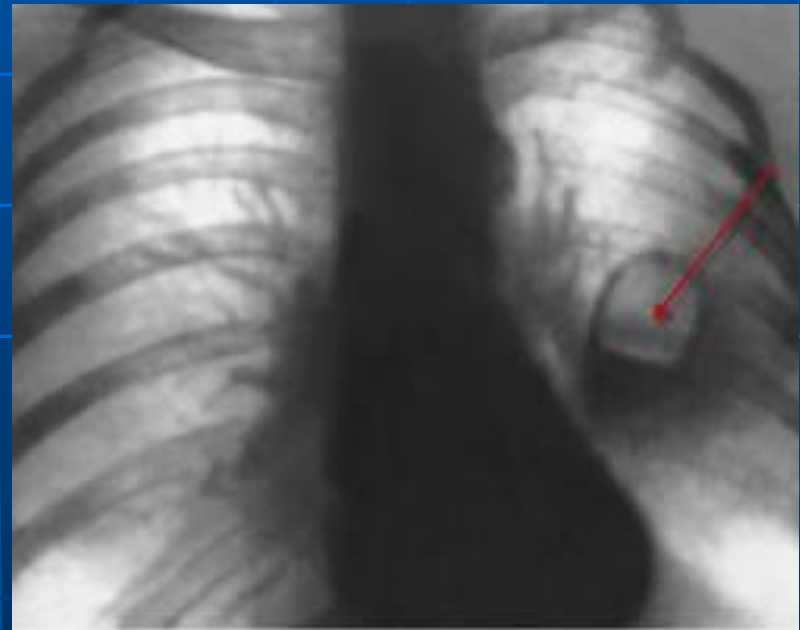
# ЭТИОЛОГИЯ

- Причиной чаще всего является: пневмония, вызванная стафилококком, клебсиеллой, анаэробами, а также контактная инфекция при эмпиеме плевры, поддиафрагмальном абсцессе; аспирация инородных тел, инфицированного содержимого придаточных пазух носа и миндалин.
- К непрямым причинам относятся: септические эмболы, попадающие гематогенным путем из очагов остеомиелита, гонита, простатита, реже отмечается лимфогенный путь — занос при фурункулах верхней губы, флегмонах дна полости рта.
- Множественные абсцессы, чаще двусторонние, возникают в результате септикопиемии.
- Абсцесс легкого может быть: осложнением инфаркта легкого, распадом раковой опухоли в легком



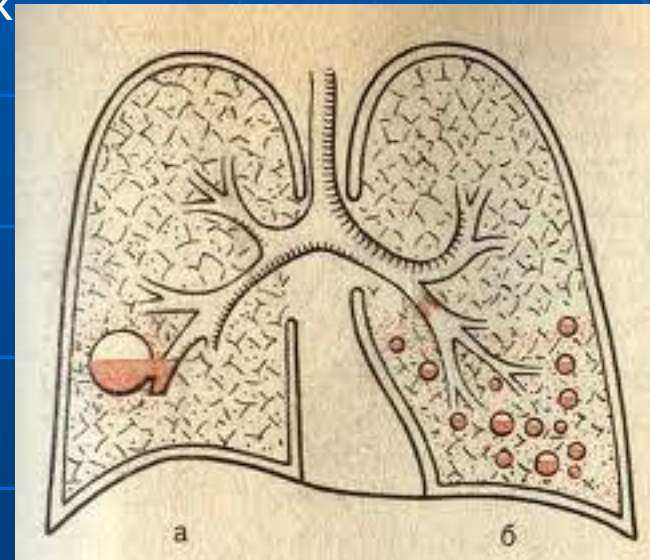
# Классификация

- По течению:
  - острый абсцесс и гангрена легкого
  - хронический абсцесс легкого
- По причине возникновения:
  - постпневмонический
  - травматический
  - аспирационные
  - обтурационные
  - эмболические
- По локализации:
  - периферические
  - интрамуральные
  - прикорневые



# 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 крови 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.





# Диагностика



# Осложнения

- Кровохаркание
- Легочное кровотечение
- Пиопневмоторакс при прорыве в плевральную полость
- Печеночно-почечная недостаточность
- Амилоидоз
- Образование бронхиальных свищей
- Сепсис
- Медиастениет при прикорневой локализации



# Дифференциальная диагностика

- Рак легкого
- Туберкулез легких
- Эхинококкоз легких
- Иноородное тело бронха
- Профессиональные заболевания





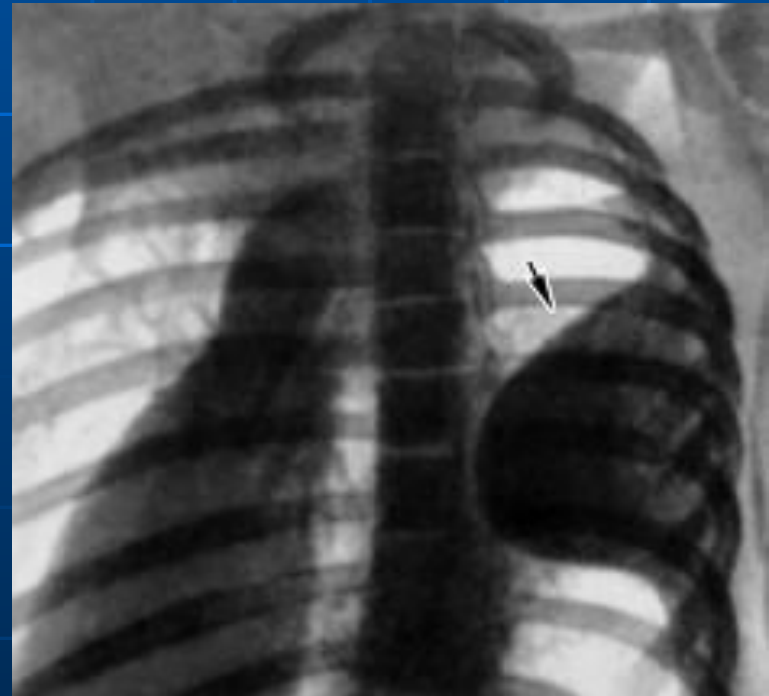
# Лечение

- Консервативное:
  - антибиотикотерапия
  - иммунная терапия
  - лечебные бронхоскопии
  - пункция абсцесса при его периферическом расположении
- Оперативное:
  - двухмоментное вскрытие или дренирование острого абсцесса
  - при хроническом абсцессе – оперативное лечение (удаление сегмента/доли легкого)



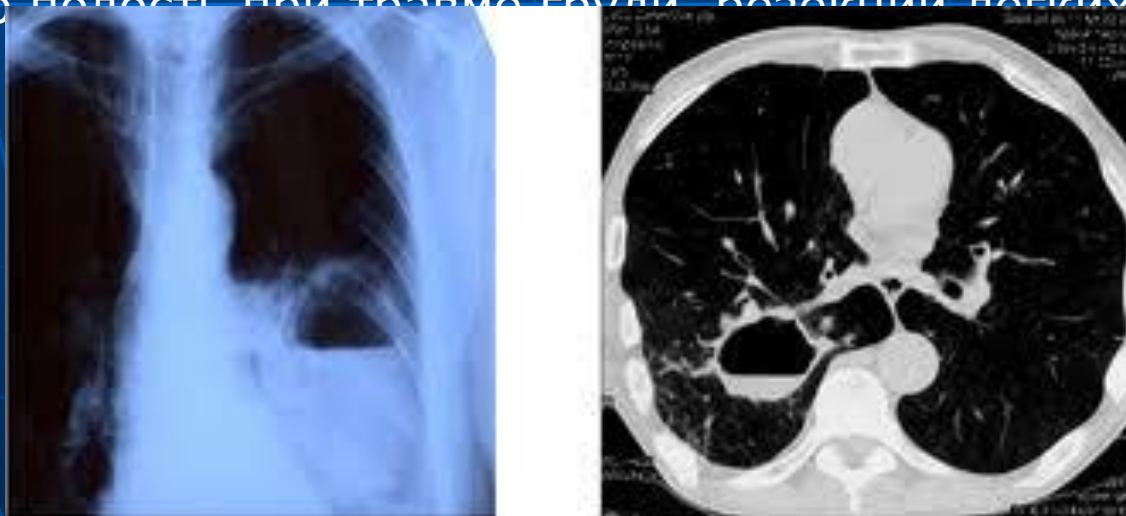
# Эмпиема плевры (гнойный плеврит)

- Это скопление гнойного экссудата в полости плевры с вторичной компрессией лёгочной ткани при плеврите



# Этиология и патогенез

- По характеру возбудителя воспаления различают **специфическую** (туберкулезную, актиномикотическую) и **неспецифическую** эмпиему плевры. Среди возбудителей неспецифической эмпиемы плевры преобладают стафилококки, стрептококки, протей, синегнойная палочка, кишечная палочка, которые преимущественно находятся в ассоциации с неклостридиальной анаэробной микрофлорой (более чем в 50% случаев): фузобактериями, бактероидами, пептококками, пептострептококками.
- Различают первичную и вторичную эмпиему плевры. На практике чаще встречается вторичная, которая является осложнением какого-либо другого гнойного воспаления – пневмонии, абсцесса или гангрены легкого, остеомиелита ребер, медиастинального лимфаденита. При первичной эмпиеме плевры инфекция попадает в плевральную полость при травме груди, резекции легких, реже гематогенно



# Классификация эмпием плевры

- **По клиническому течению:**
  1. Острые (до 3 месяцев)
  2. Хронические (свыше 3 месяцев)
- **По наличию деструкции легкого:**
  1. Эмпиема без деструкции легкого (простая)
  2. Эмпиема с деструкцией легкого
  3. Пиопневмоторакс
- **По сообщению с внешней средой:**
  1. Закрытые
  2. Открытые:
    - с бронхоплевральным свищем
    - с плеврокожным свищем
    - с бронхоплевральнокожным свищем
    - с решетчатым легким
    - с другим полым органом
- **По распространенности:**
  1. Ограниченные (чаще осумкованные спайками)
  2. Субтотальные
  3. Тотальные



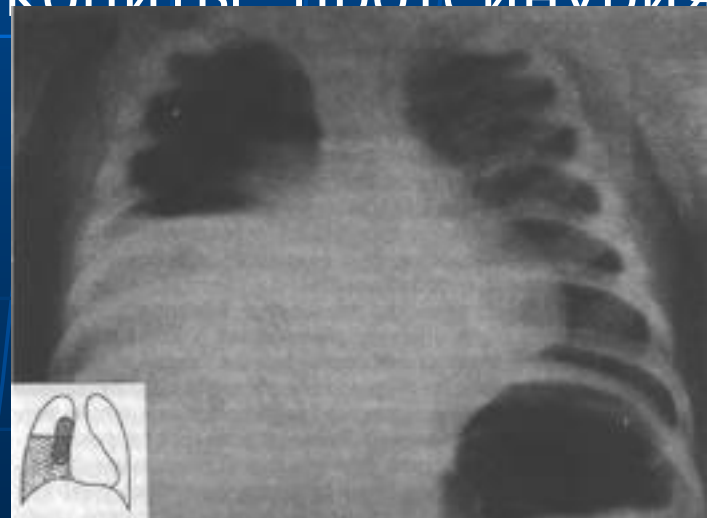
# Клиника

- Заболевание начинается остро, с подъема температуры тела до 38-39°C, ознобов и усиленного потоотделения. Больных беспокоят интенсивные боли в грудной клетке на стороне поражения, усиливающиеся при кашле, глубоком вдохе, общее недомогание, отсутствие аппетита, кашель, при закрытых эмпиемах сухой, с большим количеством гнойной мокроты – при наличии бронхоплеврального свища. При этом количество мокроты увеличивается в положении больного на здоровом боку.
- При объективном обследовании отмечается бледность кожи и слизистых оболочек, тахикардия, одышка. Грудная клетка на стороне поражения становится бочкообразной со сглаженными межреберьями. Перкуторно отмечается притупление легочного звука в нижних отделах и коробочный звук выше горизонтальной линии жидкости. Аускультативно – резкое ослабление или отсутствие дыхательных шумов. При закрытой эмпиеме, при отсутствии воздуха в плевральной полости и сращениях, верхняя граница тупости соответствует линии Эллиаса-Дамуазо-Соколова, а над зоной тупости отмечается тимпанический звук (признак Шкоды).



# Диагностика

- Общий анализ крови - лейкоцитоз, достигающий  $20 \times 10^9/\text{л}$ , изменения лейкоцитарной формулы – выраженный нейтрофилез с нейтрофильным сдвигом влево. СОЭ увеличивается до 40-70 мм/ч. Лейкоцитарный индекс интоксикации повышается до 8-10 и более.
- Общий анализ мочи – лейкоциты, протеинурия
- Рентгенография легких
- Плевральная пункция
- Фистулография
- Бронхоскопия
- Компьютерная томография



# Лечение

- Полноценную аспирацию гноя и санацию плевральной полости, которые при ограниченных эмпиемах достигаются регулярными пункциями, аспирациями гноя, промываниями полости эмпиемы антисептиками и введением антибиотиков; при открытых, тотальных и субтотальных эмпиемах – дренированием и промыванием полости эмпиемы
- Мероприятия, направленные на скорейшее расправление легкого (дренирование с активной аспирацией, при наличии бронхиального свища – с временной окклюзией бронха, или дренирование по Бюлау)
- Массивную антибактериальную терапию (цефалоспорины III-IV поколения, фторхинолоны, карбапенемы)
- Детоксикационную терапию
- Иммунокорректирующую терапию
- Общеукрепляющую терапию, направленную на восстановление функций жизненно важных органов и систем

