

¹Р.И. СЕМЁНОВА, ²М.Т. СЕЙДУМАНОВ, ²Р.У. МУХАМБЕТОВА, ²Л.П. ПЮРОВА, ²Л.Т. НАКИПОВА
¹КазНМУ,
²БСНП

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

В работе приведено клинико-рентгенологическое наблюдение за больным острым абсцессом легкого, осложнившимся пневмонией. Показано, что несвоевременная диагностика пневмонии и неадекватное её лечение в амбулаторных условиях, привели к развитию острого абсцесса легкого. Клиническая картина отличалась выраженным интоксикационным синдромом, особенностью рентгенологической картины. Комплексная терапия антибиотиками с бронхоскопией позволила добиться положительной клинико-рентгенологической и бронхологической динамики.

Ключевые слова: острый абсцесс легкого, пневмония, диагностика, лечение

Проблема лечения острого абсцесса легкого остаётся актуальной вследствие относительно высокой ее частоты и неудовлетворительных исходов [1,2,3]. Известно, что развитие абсцесса легкого зависит от эффективности лечения пневмонии. В течение абсцесса выделяется начальная фаза гнойной деструкции легкого – очаговая инфекционная гнойно-некротическая деструкция. Она характеризуется гнойно-очаговыми, гнойно-некротическими очагами бактериального или аутолитического протеолиза без четкой демаркации от жизнеспособной легочной ткани, осложняющей течение пневмонии. Абсцесс лёгкого это процесс, характеризующийся наличием более или менее ограниченной полости легочной ткани, которая является результатом инфекционного некроза, деструкции и расплавления последней. Признанными возбудителями абсцессов являются анаэробы, факультативно анаэробные микроорганизмы (клебсиелла, протей, синегнойная палочка, золотистый стафилококк и др.). Пути проникновения возбудителей, как правило, трансbronхиальный, аэрогенный (с потоком воздуха), аспирационный (со слюной, рвотными массами), гематогенный, контактный (через грудную клетку, с других органов). Факторами риска развития абсцесса может являться глубокое алкогольное опьянение, дефекты в проведении техники общей анестезии, бессознательные состояния, связанные с острым нарушением мозгового кровообращения, эпилептиками, заболеваниями пищевода и кардии, ранения челюстно-лицевой области, плохой уход за полостью рта, гингивиты, пародонтоз, кариез, наркомания, ВИЧ инфицирование и т.д. Попадание инфицированного материала может быть вследствие нарушения бронхиальной проходимости, нарушения мукоциллиарного клиренса при ОРВИ, ХОБЛ, БА, БЭ, Нарушения дренажной функции, ателектаза, сахарного диабета, заболевания крови, гиповитаминозов и др.

Классификация абсцессов: по течению: острый, хронический. По распространенности: одиночные и множественные, односторонние и двусторонние. По локализации: центральные и периферические, По наличию осложнений: не осложненные и осложненные.

Клиническая картина предусматривает стадию формирования гнойной полости в легком, клинически проявляющуюся гнойно-резорбтивной лихорадкой - высокой, иногда гектической температурой, ознобом, повышенной потливостью и признаками интоксикации. У больного может быть сухой кашель, боли в грудной клетке. При перкуссии – участок притупления звука, над которым дыхание ослабленное, а голосовое дрожание усилено. Стадия прорыва абсцесса характеризуется влажным кашлем, большим количеством гнойной, нередко геморрагической мокроты, со зловонным запахом, при отставании она делится на три слоя – нижний (гной, детрит), средний (слия), верхний (слизь, примесь гноя).

При этом температура тела может снижаться. В легких аускультативно - амфорическое дыхание, влажные хрипы. Возможны функциональные и органические нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, печени и почек, характерные для сепсиса. Наблюдаются волевые и водно-электролитные расстройства (потеря белка и электролитов), похудание, истощение.

При абсцессе легкого в общем анализе крови - анемия, лейкоцитоз, резкий сдвиг лейкограммы влево, ускоренное СОЭ, гипопроотеинемия, повышение серомукоида, слюновых кислот, гаптоглобина, гипергликемия, гиперфибриногемия. В общем анализе мочи возможна умеренная альбуминурия, цилиндрурия. В общем анализе мокроты наблюдается: большое количество лейкоцитов, эластические волокна, кристаллы гематоидина, холестерина, жирных кислот. При бактериоскопии мазка мокроты моно ориентировочно определить этиологический диагноз абсцесса, а бактериологический посев материала (мокрота, БАЛ и др.) антибиотикограмму. Имидж диагностики обязательно обзорная рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография легких, бронхоскопия

Учитывая трудности лечения этой патологии, высокую летальность, которая по данным литературы составляет от 11,7% до 28,5%, мы приводим наше наблюдение, поскольку это представляет несомненный практический интерес.

Больной А., магистрант, 23 лет, был доставлен 06.10.2015 г. в БСНП с диагнозом внебольничная пневмония, в нижней доле левого легкого.

При поступлении предъявлял жалобы на повышение температуры до 38,8 С, одышку в покое, боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при дыхании, кашель с трудно отделяемой мокротой слизисто-гнойного характера. Из анамнеза болеет в течение 15 дней, заболевание связывает с переохлаждением. Лечился в частной клинике, лекарства (какие не знает) принимал не постоянно, рентгенография легких, анализы не проводились. Объективно: состояние тяжелое, температура 39,2 °С, кожные покровы бледные, горячие на ощупь, положение в постели пассивное, глубокое дыхание ограничивает из-за болей в грудной клетке. ЧД 22 в 1 мин. В легких перкуторно укорочение звука слева в нижних отделах, дыхание ослабленное, влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритм правильный, тахикардия. ЧСС 97 уд.в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот без особенностей. В ходе проведенного лабораторно-инструментального исследования было установлено, что лихорадка имеет гектический характер. В анализе крови выявлен лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево (л-14,2х 10⁹/л, п -9%, токсическая зернистость ++), повышение СОЭ до 25 мм/час. В биохимическом анализе крови: общий белок -60,7 г/л, диспротеинемия за счет гипер- альфа2- и гамма глобулинемия (9%, 27% соответственно), повышение АсаТ до 65,6 мккат/л, билирубина до 23,1 мкмоль/л, фибриноген- 7,20 ед. Анализ мочи без патологии. Анализ мокроты общий – цвет желтый, характер слизисто-гнойный, консистенция жидкая. Микроскопия: лейкоциты - сплошь покрывают п/зрения, эритроциты-3-4 в п /зр. Мокрота на МБТ трижды отрицательная. ЭКГ – синусовая тахикардия, ЧСС 100 уд.в мин., нормальное положение электрической оси сердца. При поступлении была сделана рентгенография легких в прямой проекции, которая подтвердила диагноз пневмонию в н/доле левого легкого (рисунок 1) –легочный рисунок в нижних отделах слева сгущен, неоднородно затемнен, пневмотизация снижена. Справа легочный рисунок усилен, воздушный. Корни мало структурны, тень сердца и крупных сосудов не изменена. Синусы свободны.

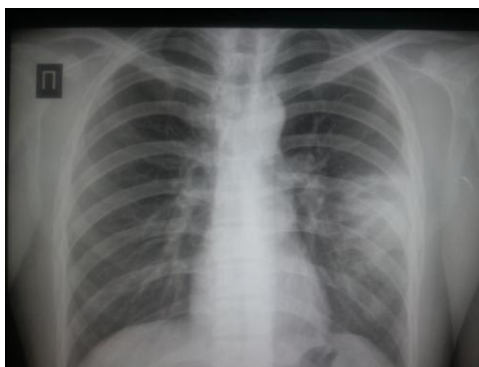


Рисунок 1 - Рентгенография легких при поступлении

Заключение первой бронхоскопии: левосторонний верхнедолевой обильный гнойный эндобронхит в стадии выраженного обострения слизистой оболочки со стенозом ВВ 4,5 верхнедолевого бронха слева II степени. Исследование бронхоальвеолярного смыва из верхнедолевого бронха на атипичию, МБТ и бакпосев.

На КТ легких от 07.10.2015 г. - выявлялось уплотнение верхней доли без четких контуров, по центру определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости, размер 2,5x1,3x1,67 см, перифокальное снижение воздушности легочной ткани, выявляется дренирующий бронх, плевра утолщена вдоль уплотнения в основном верхней доли, в нижней доли определяется очаговая инфильтрация. Свободной жидкости в плевральной полости не определяется. Лимфатические узлы не увеличены. Результат бактериологического анализа мокроты высеян *Pseudomonasaeruginosa* – 10⁹,

чувствительный к пенициллину, сизомицину, нонфлксацину, слабо чувствительный. камоксиклаву, окситетрациклину. При клиническом разборе данного случая было обращено внимание на высокую температуру, симптомы интоксикации, боль в грудной клетке при дыхании, аускультативную симптоматику легких, показатели лабораторного исследования и результата рентгенологических данных «неоднородность сгущения легочного рисунка, пневмотизация снижена» было диагностировано осложнение пневмонии – острый абсцесс верхней доли левого легкого.

Назначено лечение: пенициллин 10 млн. ед. 1 раз в сутки внутривенно, офло 100,0 x 2 раза в сутки, дезинтоксикационная терапия, кислородотерапия, отхаркивающие, симптоматическая терапия.

У больного на 2-ой день пребывания в стационаре усилился кашель, откашлял большое количество желтой мокроты, с неприятным запахом. Температура снизилась. Проведена лечебно-диагностическая бронхоскопия (всего было проведено 3 процедуры).

На 10-ый день после лечения состояние улучшилось, температура нормализовалась, симптомы интоксикации значительно уменьшились, боль исчезла, в легких дыхание везикулярное по всей поверхности. Результат бронхоскопии от 16.10.2015 г.: видимые бронхи проходимы, слизистая оболочка ярко-розовая, из левого верхнедолевого бронха выделяется густой слизистый секрет. После санации, верхнедолевой бронх свободный, устья бронхов ВВ 4,5 определяются, проходимы, устья язычковых бронхов также проходимы. Заключение: левосторонний верхнедолевой катарально-гнойный эндобронхит в стадии невыраженного обострения слизистой оболочки, с разрешением стеноза и санированными бронхами верхней доли левого легкого с положительной динамикой.

При рентгенологическом исследовании от 12.10.2015 г. отмечалась положительная динамика в виде уменьшения инфильтрации легочного рисунка (Рисунок 2).

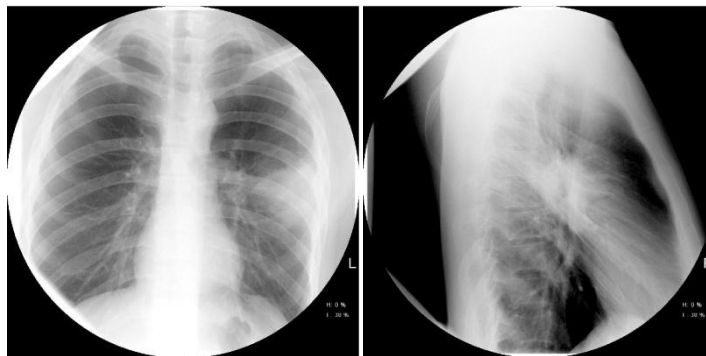


Рисунок 2 - Рентгенография легких при выписке

На 21 день больной выписан из стационара под наблюдение врача с рекомендацией продолжения антибактериальной терапии из макролидной группы препаратов, отхаркивающих средств. Через месяц провести контрольную бронхоскопию и рентгенографию легких.

Таким образом, на основании анализа данного случая в заключении можно сказать, что острый абсцесс легких возник вследствие не своевременной диагностики пневмонии, не правильного и не адекватного лечения пневмонии в амбулаторных условиях, что привело к осложнению. При постановке диагноза пневмонии необходима незамедлительная терапия антибиотиками, что снижает риск возникновения осложнений. Диагностика абсцесса и благоприятный исход, согласно рекомендациям, возможен при тщательно собранном анамнезе, полном клинического обследования с использованием современных методов диагностики (КТ легких, бронхоскопия), с обязательным бактериологическим посевом мокроты и определения чувствительности к антибиотикам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Н.В.Путова Пульмонология. - Л.: 1989. - 960 с.
- 2 Шойхет Я.Н. Лечение острого абсцесса и гангрены легкого (актовая речь) // Пульмонология. – 2002. - №3. - С.18-27.
- 3 Муминов Т.А., Семенова Р.И., Кулманов М.Е. Лекции по пульмонологии. – Алматы, 2014. - 395 с.

Р.И. СЕМЕНОВА, М.Т. СЕЙДУМАНОВ, Р.У. МУХАМБЕТОВА, Л.Т. НАКИПОВА
ЖЕДЕЛ ӨКПЕ АБСЦЕСІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМІ
(ТӘЖИРБИЕЛІК ЖАҒДАЙДАН)

Түйін: Бұл жұмыста өкпенің қабынуының себебінен жіті іріңдеуіне әкеліп соқтырған жағдайдағы клинико-рентгенологиялық тексерістерге сараптама жүргізілген. Сонымен қатар өкпенің қабынуының уақытында қойылмауы және де қажетті емнің кешеуілдедіп басталуы өкпенің іріңдеуіне әкелетіні дәлелденді. Кешенді антибактериалды емнің бронхоскопиялық әдіспен қатарласып жасалуы өкпе қабынуының азайып, клинико- рентгенологиялық оң бағыттағы өзгерістердің туындауына әкелді.

Түйінді сөздер: өкпенің жіті абсцессы, пневмония, диагностика, ем

R. I. SEMJONOVA, M. T. SEYDUMANOV, R. U. MUCHAMBETOVA, L. P. PYUROVA, L. T. NAKIPOVA
DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF LUNG ABSCESS
(THE CASE FROM PRACTICE)

Resume: The radiological - clinic analysis of patient with pneumonia which is complicated by a lung abscess. Proven that inopportune diagnostics and wrong treatment of pneumonia in the hospital can cause the incisive lung abscess. The clinical features are consists in pronounced toxic syndrome. Complex treatment by antibiotics and bronchoscopy have positive clinical results

Keywords: incisive abscess, diagnostics, treatment.