

9 .тема: Бронхиектазии.Белодробен абцес

Бронхиектазиите представляват трайно разширение на бронхиите с последваща деструкция на еластичните и мускулни влакна на бронхиалната стена. Разделят се на 2 осн. Вида: вродени и придобити.

Етиология и патогенеза:В патогенезата на заболяването участват 3 осн. Фактора:1.вродени аномалии на бронхиалното дърво,бронхиална обструкция,бактериална инфекция.

Патологоанатомия-Развиват се цилиндрични,торбовидни и смесени бронхиектазии.Вродените бронхиектазии най-често са двустранни.

Клинична картина:заболяването протича вълнообразно с периоди на влошаване и ремисии.Най-чест симптом е хроничната кашлица,тя е влажна с отделяне на обилна експекторация.Често се наблюдава и кръвохрак(хематпое).По време на тласък на заболяването темп. Се повишава ,общото състояние се влошава,появява се задъх.При аускутация се чуват едри и средни влажни хрипове.Протича в 3 форми:лека,средна и тежка.

Изследвания:рентгенография на бял дроб-мож да се види деформация на бронхите;,КАТ на бял дроб-установява се картина на пчелна пита,бронхоскопия-деформация на бронхите,бронхография,ФИД,ПКК-ускорено СУЕ,левкоцитоза

Диагноза: при бронхиектазии в детска възраст трябва да се изключи муковисцедоза.

Усложненията вкл. чести пневмонии,развитие на абцес ,обилни кръвохрачения с последваща аспирационна пневмония,ДН

Лечение:

КОНСЕРВАТИВНО лечение –Антибактериално лечение,при стафилококови инф. Се вклю. Цефалоспорины,при Гр / - / флора- аминокликозиди , ацилуреидопеницилини , 4 хинолони;При анаеробна флора се прилагат Пеницилин,Метронидазол,Ровамицин,Рулид.**Важно значение имат дезобструктивните терапии** –прилагат се бронходилатори(Салбутамол),секретолитици(Бромхексин,АЦЦ) и рехабилитационните мероприятия-вибрационен масаж,дихателна рехабилитация,брохоалвеоларен лаваж..Оперативно лечение е показано при ограничени бронхиектазии,кръвохрачене

При кръвохрачене се прилагат кръвоспиращи-дицинон, Са глюконици,РАМВА

Профилактика:своевременно лечение на дихателните инфекции и на възпалителните заболявания на б.дробове.

Белодробния абцес представлява гнойно възпаление и некроза на белия дроб с тенденция за отграничаване на околния паренхим.Среща се най-често във възрастта м/у 20 и 50год.Предимно при имунокометиранни пациенти-алкохолици,със захарен диабет,карцином

Острият белодробен абцес най-често се касае за смесена бакт.инфекция-стафилококи,по рядко-пневмококи,Клебсиела пневмоние и др.

Патогенеза:Развитието на белодр. Абцес се обуславя от 3 гл. Патогенетични механизма:1.Бронхиална обструкция;2.ИНФЕКЦИЯ;3.нарушение на местното кръвообращение. Абцесите се делят на:бронхогенни,хематогенно-емболични,аспирационни,обтурационни,травматични и др. В развитието на белодр.абцес се отбелязват 2 стадия:1.до пробив в бронха и 2. След пробив в бронха.

Кл.Картина:В началния период до пробива в бронха ,клиниката е на остра пневмония.Вторият период се характеризира с изхраване на обилно количествогнойни храчки-вомик.Обикновено след изхраването температурата спада и състоянието се подобрява.

Изследвания:Физикално изследване показва притъпено-тимпаничен тон,бронхиално дишане,едри,влажни звънливи хрипове.Ренгенологично изсл. след пробива хидроаерична сянка с гладки външни и вътр. Граници.Лаб.изследвания показват левкоцитоза,ускорено СУЕ,смесена флора в храчките.

Диагноза: от голямо значение са бронхоскопията и бронхографията.С тях се установява проходимостта на дренажния бронх,локализацията и големината на абцесната к-на.

Усложнение:при пробив на абцес в плевралната к-на се развива емпием,матстатични абцеси в мозъка,черния дроб и бъбрека.

Лечение: Консервативно:бактерицидни антибиотици-интравенозно и инхалаторно-Цефалоспорины .Изборът на АБ е в зависимост от антибиограмата.

Значение има постуралния дренаж,дихателната рехабилитация,бронхоаспирацията.

Когато острия абцес персистира повече от 3мес. Говорим **за хроничен абцес**.Причината най-често е недостатъчно или неадекватно лечение,имуносупресия.Лечението е оперативно.