

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: Бронхоэктатическая болезнь. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. Инфекционные деструкции легких.

Цель: закрепить знания по диагностике бронхоэктатической болезни, осложнениям. Усвоить основные принципы лечения бронхоэктатической болезни.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез бронхоэктатической болезни, диагностировать бронхоэктатическую болезнь, изучить критерии диагноза, основные принципы оказания неотложной помощи, плановой рациональной терапии и профилактики.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, клинический разбор, чтение литературы.

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с бронхоэктатической болезнью, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основных методах обследования и лечения бронхоэктазий, и их применении в соответствии с порядком оказания пульмонологической помощи.

Ординатор должен знать:

1. особенности жалоб и анамнеза при бронхоэктатической болезни;
2. критерии бронхоэктатической болезни; инфекционной деструкции легких
3. классификацию бронхоэктатической болезни, инфекционной деструкции легких
4. патофизиологию выявленных синдромов
5. этиологию и патогенез этих состояний
6. этапы диагностического поиска
7. осложнения
8. особенности лечения бронхоэктазий в разных возрастных группах
9. основные положения международных и национальных клинических рекомендаций по теме занятия

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить обследование больного при выявлении бронхоэктазий, инфекционной деструкции легких, формулировать план обследования и обосновывать развернутый клинический диагноз с учетом принятой классификации ВОЗ, оказывать неотложную помощь при угрожающих жизни состояниях, обусловленных бронхоэктазиями и инфекционной деструкцией легких, назначать терапию.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного при выявлении бронхоэктатической болезни и инфекционной деструкции легких, диагностики заболеваний и осложнений, оценки данных основных лабораторных, инструментальных исследований, формулировки развернутого клинического диагноза с учетом принятой классификации ВОЗ, оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях, обусловленных бронхоэктазиями и инфекционной деструкцией легких.

Учебно-тематический план темы:

Практические занятия – 2 часа

Самостоятельная работа – 1 часа

Всего – 3 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).

2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов с бронхоэктазиями)
4. Интерпретация исследований анализа крови, инструментальных исследований (рентгенограммы, КТ).
5. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при *бронхоэктазиях*.
6. Разбор историй болезней пациентов с брон, выявление возможных ошибок в курации пациентов с бронхоэктазиями.
7. Ролевые игры : маршрут пациента от кабинета доврачебного осмотра и далее (врач общей практики, зав.отделением (или врач скорой помощи). Врач приемного покоя и т.д.); учебная ЛКК.
8. Отработка практических навыков: обследование пациентов с бронхоэктазиями с осмотром, интерпретация данных лабораторных и инструментальных (рентгенограмм КТГ) методов исследований.

Перечень вопросов для собеседования

1. Понятие о бронхоэктазиях, причинах развития, клинической картине
2. Дифференциальный диагноз бронхоэктатической болезни с обострением ХОБЛ, другими инфекционными заболеваниями дыхательных путей.
3. Алгоритм ведения пациента с бронхоэктатической болезнью, инфекционными деструкциями легких на амбулаторном, стационарном этапах
4. Основные ошибки амбулаторного этапа

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

.Выбрать из таблицы:

Вид работы	Контроль выполнения работы
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов

Основные темы рефератов:

1. Этиология бронхита при бронхоэктатической болезни
2. Антибактериальная терапия при бронхоэктатической болезни
3. Клинико-рентгенологические особенности бронхоэктатической болезни у пациентов разного возраста

4. ЛФК при бронхоэктатической болезни

Основные темы докладов:

1. Осложнения бронхоэктатической болезни
2. Показания к оперативному лечению бронхоэктазий, инфекционных деструкций легких
3. Принципы ведения пациентов с бронхоэктатической болезнью на амбулаторном этапе до и после операции
4. Алгоритм ведения пациента с бронхоэктатической болезнью и коморбидной патологией

Фонд оценочных средств:

Тесты

1. Бронхи 1-2 порядка от других бронхиальных ветвей отличаются:

- а) наличием фиброзно-хрящевого слоя
- б) внелегочной их локализацией *
- в) отсутствием фиброзно-хрящевого слоя и заменой его мышечным
- г) внутрилегочной локализацией

2. Перфузия каких зон легких понижена?

- а) нижних
- б) латеральных
- в) верхних *
- г) медиальных

3. Иммунную систему составляют клетки:

- а) лимфоциты
- б) нейтрофилы
- в) макрофаги
- г) дендритные клетки селезенки
- д) эпителиальные клетки селезенки
- е) эпителиальные клетки тимуса и лимфатических узлов
- ж) все перечисленные клетки *

4. Органом иммунной системы, в котором происходит созревание и дифференцировка Т-лимфоцитов, является:

- а) костный мозг
- б) вилочковая железа *
- в) селезенка
- г) лимфатические узлы

5. Основным органом дифференцировки и онтогенеза В-лимфоцитов является:

- а) костный мозг *
- б) селезенка
- в) вилочковая железа
- г) лимфатические узлы

6. Синдром уплотнения легочной ткани характеризуется:

- а) локальные изменения - притупление перкуторного тона, усиление голосового дрожания, жесткое дыхание с влажными мелкопузырчатые хрипы
- б) локальные изменения - притупление перкуторного тона, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными мелкопузырчатые хрипы*

в) локальные изменения - коробочный перкуторный тон, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными разнокалиберными хрипами

7. Цианоз появляется при P_{aO_2} :

- а) 80 мм рт. ст.
- б) 70 мм рт. ст.
- в) 60 мм рт. ст.*
- г) 50 мм рт. ст.

8. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование:

- а) электролитов потовой жидкости
- б) разности носовых потенциалов
- в) молекулярно-генетическое исследование
- г) все перечисленное*

9. При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции:

- а) дыхательный объем
- б) остаточный объем легких
- в) жизненная емкость легких*
- г) общая емкость легких
- д) функциональная остаточная емкость легких

10. Для диагностики обструктивного или рестриктивного вариантов нарушений механических свойств легких используются следующие методики:

- а) спирометрия
- б) плетизмография*
- в) исследование диффузионной способности легких

11. О наличие бронхоспазма свидетельствует прирост ОФВ₁ от исходного после бронходилатационного теста более:

- а) 10%;
- б) 5%;
- в) 1%
- г) 15%;
- д) 12%*

12. Что составляет структуру общей емкости легких (ОЕЛ)?

- а) ЖЕЛ+ООЛ*
- б) ООЛ+ДО
- в) ВГО+ЖЕЛ

13. Какие изменения спирометрии характерны для II стадии ХОБЛ

- а) ОФВ₁ более 80%
- б) прирост ОФВ₁ после бронхолитика более 20%
- в) ОФВ₁ менее 30%
- г) проба Тиффно менее 70%, ОФВ₁ от 50%до 80%*
- д) проба Тиффно более 70%, ОФВ₁ от 50%до 80%

14. Какой антибиотик не относится к группе макролидов:

- а) кларитромицин
- б) азитромицин

- в) спирамицин
- г) гентамицин *

15. К пролонгированным формам метилксантинов относят только:

- а) теотард,*
- б) беродуал;
- в) нифекард;
- г) эуфиллин;
- д) симбикорт

16. Детский анамнез имеет значение для диагностики:

- а) бронхоэктатической болезни*
- б) абсцесса легкого
- в) саркоидоза

17. Наиболее частый фактор возникновения деструкций в легких -

- а) нагноительный процесс в брюшной полости
- б) контаминация
- в) септическое состояние
- г) аспирация*

18. Укажите пневмонию, которая не входит в современную классификацию по условиям возникновения:

- а) внебольничная
- б) крупозная*
- в) нозокомиальная
- г) аспирационная
- д) пневмония у лиц с иммунодефицитом

19. Сухой приступообразный Кашель характерен при:

- а) Бронхиальная астм легкого течения*
- б) Гидроторакс
- в) Абсцесс после прорыва содержимого в бронх

20. Гнойная мокрота «полным ртом» характерна при:

- а) Бронхоэктазах*
- б) Бронхиальной астме
- в) ХОБЛ

21. Кашель с вязкой прозрачной стекловидной мокротой характерен для:

- а) Бронхиальной астмы*
- б) хронического бронхита
- в) бронхоэктазов

22. При каких заболеваниях наблюдается кровохарканье?

а) Тромбоэмболия легочной артерии; б) Бронхоэктатическая болезнь; в) Рак легкого; г) Митральный стеноз; д) Эмфизема легких.

Выберите правильную комбинацию:

- а) а, в;
- б) б, в;
- в) а, б, в;
- г) а, в, г, д;
- д) а, б, в, г*

23. Какое лечение используют при кровохарканье:

- а) гепарин
- б) этамзилат*
- в) аскорил
- г) АЦЦ

24. В каком случае можно говорить о ложном кровохарканье

- а) кровотечение из ЛОР органов*
- б) кровотечение из БЭ
- в) кровохарканье из абсцесса
- д) кровохарканье при ТЭЛА

25. Синуситы, бронхиты и бронхоэктазы возникают в связи с функциональной недостаточностью клеток мерцательного эпителия воздухоносных путей при синдроме:

- а) Мак-Леода
- б) Картагенера-Зиверта*
- в) Вильямса-Кемпбелла

26. Округлая тень в легком может быть связана со всем кроме:

- а) Туберкулома
- б) Абсцесс
- в) Опухоль
- г) ИФА*

27. На рентгенограмме грудной клетки выявлена округлая тень с нечеткими контурами и с увеличением внутригрудных лимфоузлов. Какой диагноз можно предположить

- а) абсцесс

б) эхинококк

в) опухоль

13. Характерными признаками легочного кровотечения являются

а) ярко-красный цвет крови*

б) цвета кофейной гущи

в) темная кровь в виде сгустков

г) наличие примеси пищи

Контрольные вопросы

1. Определение и сущность бронхоэктатической болезни
2. Характеристика ведущего синдрома – бронховоспалительного
3. Патогенез бронхоэктатической болезни
4. Классификация бронхоэктатической болезни, инфекционных деструкций легких
5. Лечебные мероприятия при бронхоэктатической болезни

Ситуационные задачи

Задача №1. Оценить цитологическое исследование мокроты и исследование плевральной жидкости.

Клиника СПбГМУ _____
 Анализ мокроты № _____
 Дата _____ отделение _____
 Гр. _____ для врача _____
Общие сведения: с
 Цвет ЖЕЛТО-ЗЕЛЕНЫЙ, запах _____
 Реакция _____, характер _____
 Консистенция СЛИЗИСТАЯ
Микроскопическое исследование:
 Лейкоциты: 2 УСТО ПОКРЫВАЮТ ^{п/зр.}
 Эритроциты _____
 Эпителий плоский в небольшом кол-ве
 Альвеолярный +++
 Кристаллы Шарко-Лейдена _____
 Эозинофилы _____
 Спирали Куршмана _____
 Эластичные волокна _____
Бактериоскопическое исследование:
 Бацилы Коха НЕ ОБНАРУЖЕНО
 Бац. инф. Пфейфера _____
 Диплококки Френкеля _____
 Диплобацилла Фридендера _____
 Микрококк катар _____
 Стрептококки _____
 Другие микроорганизмы _____

Клиника СПбГМУ _____
 Анализ мокроты № _____
 Дата _____ отделение _____
 Гр. _____ для врача _____
Общие сведения:
 Цвет ПРИМЕСНО КРОВИ, запах _____
 Реакция _____, характер _____
 Консистенция СЛИЗИСТАЯ
Микроскопическое исследование:
 Лейкоциты: 10-15 в п/зр.
 Эритроциты до 50 в п/зр.
 Эпителий плоский в небольшом кол-ве
 Альвеолярный ++
 Кристаллы Шарко-Лейдена _____
 Эозинофилы _____
 Спирали Куршмана _____
 Эластичные волокна ++
Бактериоскопическое исследование:
 Бацилы Коха ОБНАРУЖЕНО ВК!
 Бац. инф. Пфейфера _____
 Диплококки Френкеля _____
 Диплобацилла Фридендера _____
 Микрококк катар _____
 Стрептококки _____
 Другие микроорганизмы _____

Клиника СПбГМУ _____
 Анализ мокроты № _____
 Дата _____ отделение _____
 Гр. _____ для врача _____
Общие сведения:
 Цвет ЖЕЛТАЯ, запах _____
 Реакция _____, характер _____
 Консистенция СЛИЗИСТАЯ
Микроскопическое исследование:
 Лейкоциты: 20-35 в п/зр
 Эритроциты 0-1-2 в п/зр
 Эпителий плоский в небольшом кол-ве
 Альвеолярный ++
 Кристаллы Шарко-Лейдена ++
 Эозинофилы _____
 Спирали Куршмана +
 Эластичные волокна _____
Бактериоскопическое исследование:
 Бацилы Коха НЕ ОБНАРУЖЕНО
 Бац. инф. Пфейфера _____
 Диплококки Френкеля _____
 Диплобацилла Фридендера _____
 Микрококк катар _____
 Стрептококки _____
 Другие микроорганизмы _____

Центральная клиничко - диагностическая
 лаборатория клиник
 СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

ФИО _____
 отделение _____ палата _____

**Результаты анализа исследования
 жидкости плевры**

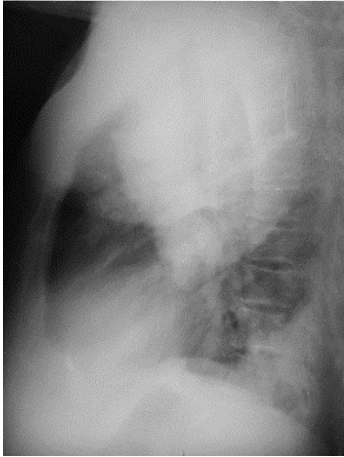
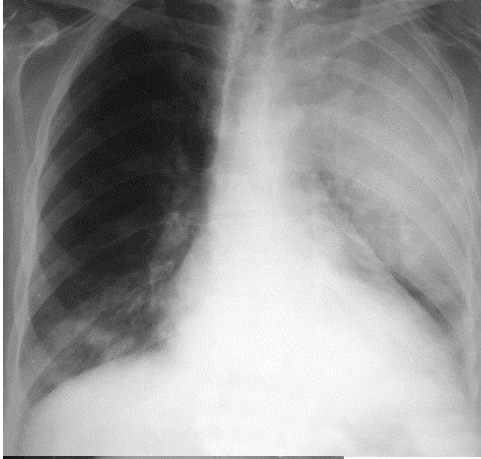
Количество 300 мл Уд.вес 1,010

Цвет СОЛ-ЖЕЛТЫЙ
 Прозрачность ПРОЗРАЧНАЯ
 Белок 1,65%
 Проба Ривальта ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ
 Микроскопия: Мезотелиальные
 Нейтрофилы клетки в небольшом
 Эритроциты количестве.

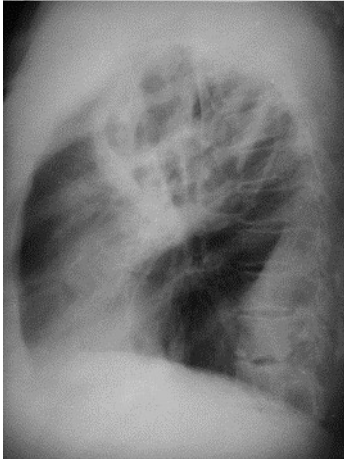
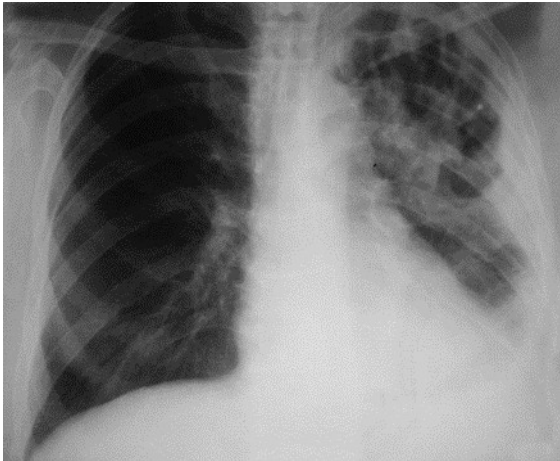
Дата « _____ » _____ 200 г.
 Подпись _____

Задача №2

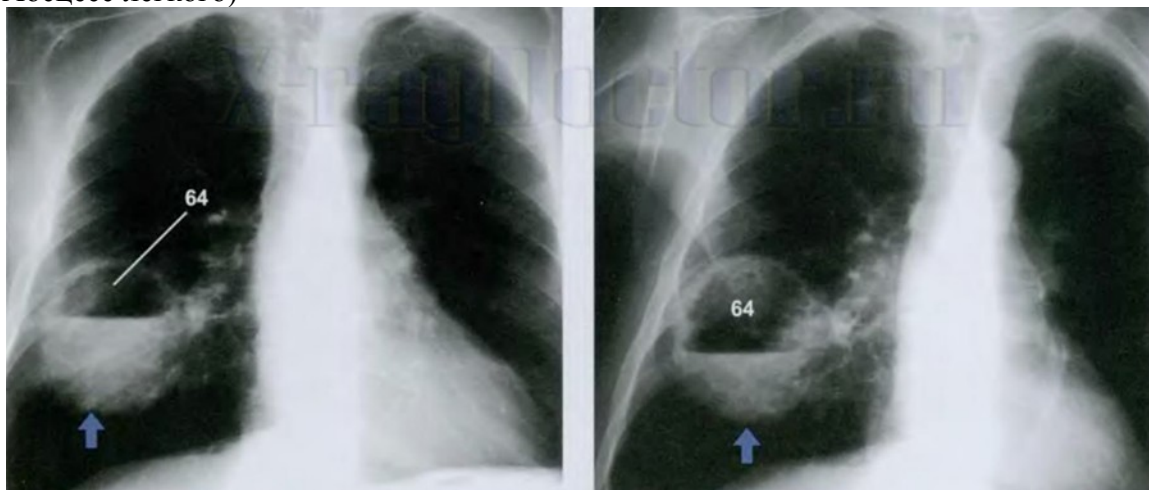
Оценить рентгенограммы и бронхографию



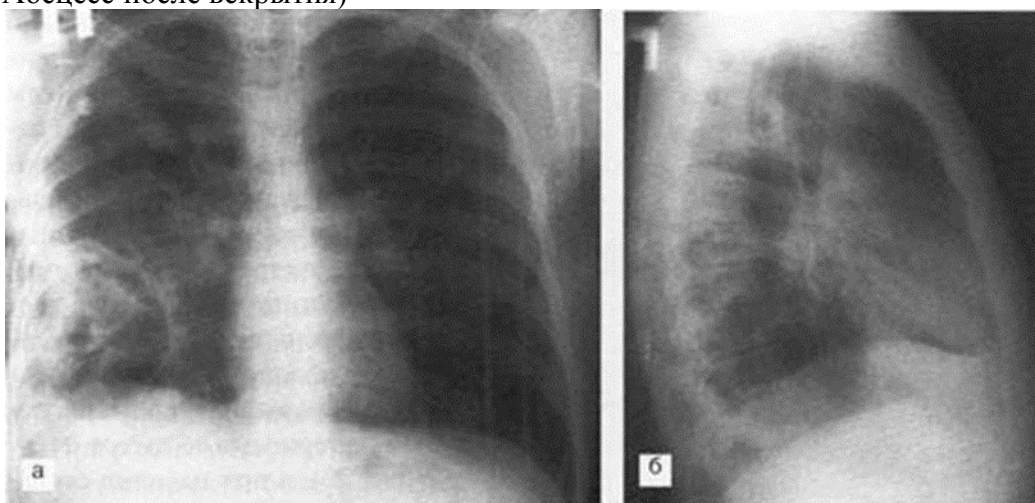
ДО лечения



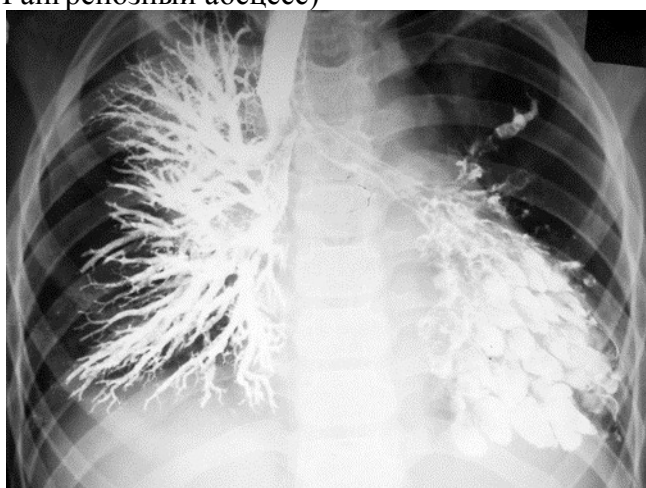
ПОСЛЕ лечения
(ответ Абсцесс легкого)



(ответ Абсцесс после вскрытия)

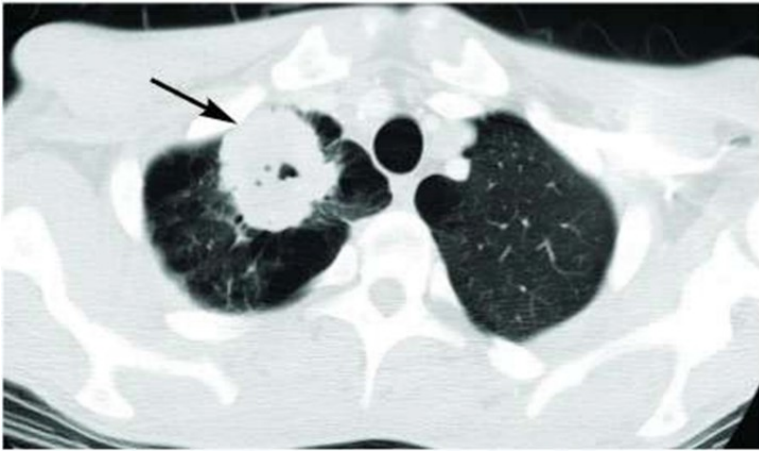


(ответ Гангренозный абсцесс)

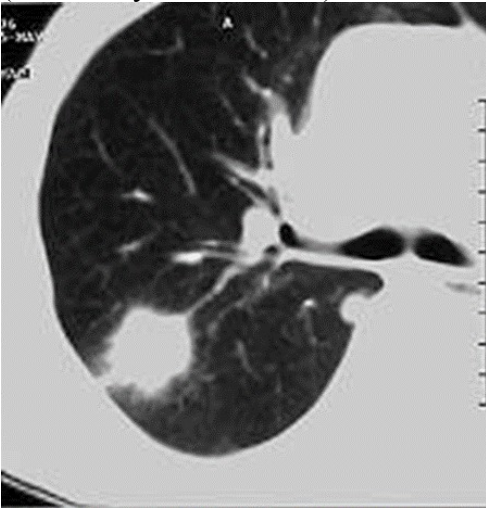


(ответ – бронхограмма БЭ нижней доле левого легкого)

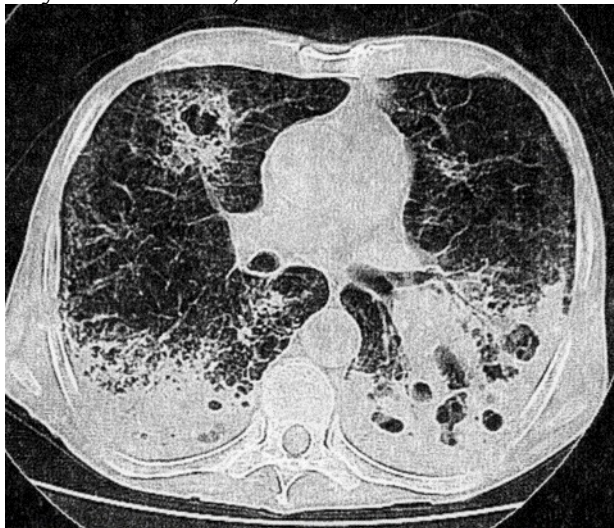
Задача №3. Оценить КТ грудной клетки



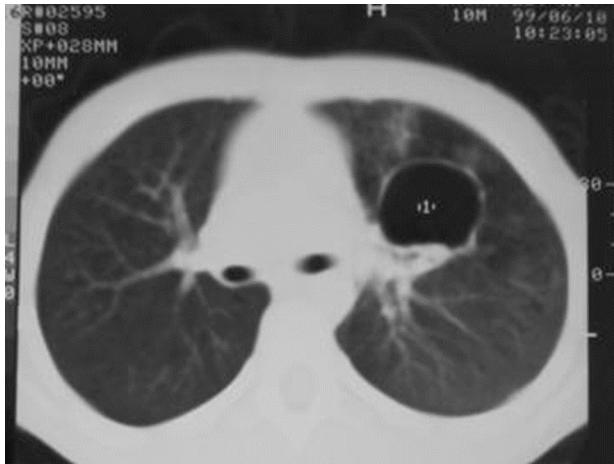
(ответ Опухоль легкого)



(ответ Опухоль легкого)



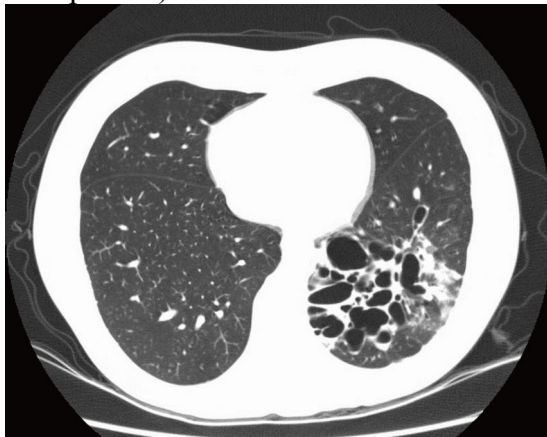
(ответ Гангрена легкого)



(ответ Тонкостенная киста легкого)



(ответ Аспергилез)



(ответ БЭ)

Ситуационно-клиническая задача №4 (ответ – синдром ДН, кашля, лихорадка, боль в грудной клетке - диагноз Абсцесс – с дренирование абсцесса в бронх в момент осмотра врача)

Пациент Т. 42 лет доставлен в стационар машиной скорой помощи с диагнозом направления: внебольничная правосторонняя пневмония? Работает слесарем на машиностроительном заводе, живет один. Питание не регулярное (работаем сутками). Курильщик с многолетним стажем (курит с 15 лет по ½ - 1 пачке сигарет без фильтра в день), периодически злоупотребляет алкоголем (запой по 5-7 дней). Последний раз алкоголь употреблял в течение 8 дней накануне госпитализации (день рождения, новый год). Заболел остро после переохлаждения (в состоянии алкогольного опьянения пролежал более часа на улице на снегу, был найден соседкой по подъезду, с ее слов у больного отмечалась рвота). В течение последних 5 дней предъявляет жалобы на: сильную слабость, отсутствие аппетита, ознобы с повышением температуры тела до 38,9°, потливость, особенно ночью, одышка при небольшой нагрузке, тяжесть при дыхании в

правой половине грудной клетки, кашель мучительный сухой или с небольшим количеством мокроты. Объективно: пониженного питания, бледен, лежит на правом боку, полость рта требует санации, ЧСС 108 уд./мин, АД 105/60 мм. рт. ст. ЧДД 28/мин. При осмотре грудной клетки обращает внимание: отставание правой половины грудной клетки в дыхании. Дыхание над всей поверхностью легких жесткое, справа внизу участок усиления дыхания, там же перкуторно определяется притупление. В клин. ан. крови (cito): лейкоциты- $16 \cdot 10^9$, пя – 11%, ся – 64%, мц – 6%, лмц – 19%, токсич.зернист.лейкоц.++, нб – 115. В общем анализе мочи: белок – 0,099/л, лейкоц. – 2-4 в п.з., эр. - 2-3 в п.з. На рентгенограммах легких: интенсивное инфильтративное неомогенное затенение в Х сегменте правого легкого с выпуклой границей в сторону здоровой ткани и более плотными очагами внутри, корни легких реактивно изменены. Во время осмотра лечащим врачом у пациента развился сильный приступ кашля с отхождением большого количества зловонной гнойной мокроты. При аускультации в зоне пораженного легкого появились крупнопузырчатые хрипы.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. План необходимого обследования?

Ситуационно-клиническая задача № 5 (ответ – синдром декомпенсации хронической ДН – диагноз БЭ)

Пациент 58 лет поступил в стационар для обследования и лечения по направлению участкового терапевта с диагнозом: обострение хронического бронхита. По специальности механик, но последнее время работает кладовщиком в сыром, холодном помещении. Алкоголем не злоупотребляет, курил с 18 лет до 55 лет по 30 сигарет в день. В детстве перенес краснуху, коклюш, пневмонию, часто болел бронхитами (минимум 2 раза в год). Ранее проживал в деревне, в течение последнего года после смены работы частота бронхитов увеличилась, отмечает появление одышки при выраженной физической нагрузке. К участковому терапевту обратился впервые, болен в течение 2 недель, эффект от проводимой терапии (ампициллин, бромгексин) не достаточный. Несмотря на снижение температуры тела до субфебрильных цифр, сохраняются: слабость, ночная потливость, прогрессирует одышка стала возникать при небольшой физической нагрузке, кашель с большим количеством мокроты слизисто-гнойного характера. При осмотре: астенической конституции, бледен, ЧСС – 88 в мин, ЧДД – 26 в мин, перкуторный тон над легкими имеет коробочный оттенок, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, диффузно выслушиваются сухие хрипы, справа в проекции базальных сегментов – укорочение перкуторного тона, разнокалиберные влажные хрипы. В клин. ан. крови : лейкоциты- $10 \cdot 10^9$, пя – 6%, ся – 74%, мц – 4%, лмц – 16%, токсич.зернист.лейкоц.+, нб – 110, СОЭ – 36 мм в час. В общем анализе мочи: показатели в пределах нормы. В анализе мокроты: признаки выраженного воспаления с большим количеством нейтрофилов и макрофагов. На рентгенограммах легких: повышение прозрачности легочных полей, диафрагма расположена низко, ячеистый характер деформации легочного рисунка в проекции базальных сегментов правого легкого, корни легких не изменены.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, совпадает ли он с диагнозом направления?
2. Какие лечебные мероприятия необходимо выполнить для достижения ремиссии?

Ситуационно-клиническая задача № 6 (ответ – синдром острой ДН, резкой боли в грудной клетке диагноз - Пневмогидроторакс, Абсцесс)

Пациент С. 57 лет находится в терапевтическом отделении районной больницы 3 сутки с диагнозом: Острый гнойный аспирационный абсцесс в S 10 левого легкого. Течение средней тяжести. Эпилепсия. Получает: антибактериальную, муколитическую,

противосудорожную терапию. Заболел после очередного приступа эпилепсии, более 2 недель назад, до поступления в стационар лечился самостоятельно на дому жаропонижающими, отхаркивающими и противосудорожными средствами. При поступлении отмечал жалобы на общую слабость, ознобы и ночные поты, кашель с гнойной мокротой в большом количестве с неприятным запахом. При рентгенографии на момент поступления имеется полость в S 10 левого легкого с уровнем жидкости и инфильтрацией вокруг. В клин.ан.крови: лейкоциты- 18*10⁹, пя – 24%, ся – 56%, мц – 5%, лмц – 15%, токсич.зернист.лейкоц.+++ , нб – 100, СОЭ – 52 мм в час. В общ.ан.мочи: протеинурия, цилиндрурия. В биохим.ан.крови: гипопроteinемия, СРБ ++. На 3 сутки пребывания в стационаре отмечено: ухудшение самочувствия, после резкой боли в груди narосла одышка, появился цианоз кожных покровов, сидит в постели, ЧДД – 32 в мин, слева дыхательные шумы выслушиваются слабо, перкуторно слева тимпанит. При рентгенографии легких (cito): субтотальное спадение левого легкого, горизонтальный уровень жидкости в левой плевральной полости.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Тактика врача в данной ситуации?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>

Методическое обеспечение: (выбрать подходящее и/или дополнить)

таблицы классификаций
наборы лабораторных анализов по теме занятия,
набор ситуационных задач,
набор заданий программированного контроля,
истории болезни

Приложение

Легочные нагноения представляют собой тяжелые патологические состояния, характеризующиеся воспалительной инфильтрацией и последующим гнойным или гнилостным распадом (деструкцией) легочной ткани в результате воздействия инфекционных возбудителей.

К нагноительным заболеваниям легких относятся абсцесс легкого, гангрена легкого, бронхоэктатическая болезнь, нагноившаяся киста легкого, так называемая «абсцедирующая пневмония».

А. Абсцесс легкого является патологическим процессом, характеризующимся наличием более или менее ограниченной гнойной полости в легочной ткани, которая является результатом инфекционного некроза, деструкции и расплавления последней. Эта гнойная полость отграничена от неповрежденных участков пиогенной капсулой.

Б. Гангрена легкого представляет собой бурно прогрессирующий и не склонный к отграничению от жизнеспособной легочной ткани гнойно-гнилостный некроз всего легкого или отделенной плеврой анатомической структуры (доли), в котором перемежаются зоны гнойного расплавления и неотторгнутого некроза.

В. Бронхоэктатическая болезнь – хроническое приобретенное, а в ряде случаев врожденное, заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов (бронхоэктазами), сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы, цирроза в паренхиме легкого.

Г. Нагноившаяся киста легкого – заболевание, характеризующееся наличием врожденного или приобретенного полостного образования в легочной ткани, которое сообщается с бронхом и содержит воздух и инфицированную жидкость и ткани.

Д. Абсцедирующая (очаговая, септическая) пневмония – это очаговая инфекционная гнойно-некротическая деструкция легкого, представляющая собой множественные гнойно-некротические очаги бактериального или аутолитического протеолиза без четкой демаркации от жизнеспособной легочной ткани.

Большинство торакальных хирургов не рекомендуют пользоваться термином «абсцедирующая пневмония» в основном по тактическим соображениям, считая целесообразным четко отграничить пневмонию, являющуюся чисто терапевтической проблемой, от инфекционных деструкций легких, отличающихся значительно более тяжелым течением и прогнозом, а главным требующим в большинстве случаев специализированного лечения в торакальных отделениях с использованием активных лечебных манипуляций и хирургических методов.

III. КОДЫ МКБ-10

J47.0.Бронхоэктазия.

Бронхиолэктазы.

Исключены: врожденные бронхоэктазы (Q33.4),
туберкулезные бронхоэктазы (текущее заболевание) (A15-A16)
J85.0. Гангрена и некроз легкого.
J85.1. Абсцесс легкого с пневмонией.
J85.2. Абсцесс легкого без пневмонии.
J98.4. Другие поражения легкого
Обызвествление легкого. Кистозная болезнь легкого
(приобретенная). Болезнь легкого БДУ Пульмолитиаз
Q33.0. Врожденная киста легкого.
Q33.4. Врожденная бронхоэктазия .

Классификация бронхоэктатической болезни:

1) По этиологии бронхоэктазов:

- врожденные (в сочетании с другими пороками развития: синдром Зиверта-Картагенера – бронхоэктазы в сочетании с обратным расположением внутренних органов и пансинуситом; синдром Турпина-Коста – бронхоэктазы в сочетании с эктазией пищевода, пищеводно-трахеальной фистулой и позвоночно-реберными пороками развития);

- приобретенные (предрасполагающие факторы: корь, коклюш, пневмония, бронхит, синусит, туберкулез, травма, аспирация).

Вопрос о врожденных и приобретенных причинах бронхоэктазов, их первичности и вторичности остается открытым. Вероятно, повреждение бронхов возникает у лиц с генетическими дефектами или предрасположенностью к патологии, так как подавляющее большинство бронхоэктазов формируется в детском и юношеском возрасте.

К первичным относят бронхоэктазы при врожденных аномалиях и генетических заболеваниях легких. Вторичные бронхоэктазы могут быть обусловлены любыми причинами, вызывающими повреждение легких.

2) Этиопатогенетическая классификация (Thurbeck W.M., Iseman M.D.):

- постинфекционные (инфекции нижних дыхательных путей у детей, абсцедирующие пневмонии у взрослых, туберкулез; аденовирусная инфекция, коклюш, корь; другие инфекции дыхательных путей);

- обструктивные (инородное тело, опухоли, внешняя компрессия дыхательных путей);

- ингаляционные повреждения (вдыхание токсинов, раздражающих газов, паров, дыма, включая термические повреждения);

- аспирационные (гастроэзофагеальный рефлюкс, аспирационные пневмонии, санационные процедуры);

- генетически детерминированные (муковисцидоз, синдром цилиарной дискинезии, синдром Юинга);

- врожденные аномалии – дисплазии (агенезии, гипоплазии, секвестрации, шунты, карликовость);

- первичные иммунные расстройства (гуморальные дефекты, клеточные или смешанные расстройства, дисфункция нейтрофилов);

- дефицит или аномалии $\alpha 1$ -антитрипсина;
- хронические диффузные заболевания легких известной или неустановленной этиологии (идиопатический легочный фиброз, коллагенозы, саркоидоз);
- идиопатические воспалительные расстройства (анкилозирующий спондилоартрит, воспалительные заболевания кишечника, рецидивирующий полихондрит);
- другие причины (аллергический бронхолегочный аспергиллез/микоз, ВИЧ-инфекция/СПИД, «синдром желтых ногтей», радиационное повреждение).

3) По распространенности:

- локализованные (одностороннее поражение);
- диффузные (двустороннее поражение).

4) по форме:

- цилиндрические;
- веретенообразные;
- мешотчатые,
- кистоподобные;
- смешанные.

5) По наличию ателектаза легкого:

- без ателектаза;
- с ателектазом.

6) Стадии заболевания:

- I (начальная);
- II (нагноения бронхоэктазов);
- III (деструкции).

7) По клиническому течению:

- фаза обострения;
- фаза ремиссии.

8) По форме течения:

- интермиттирующее течение;
- осложненное течение (легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, эмпиема плевры, абсцесс легкого, цирроз легкого, сепсис, язва желудка и ДПК, амилоидоз).