

ке помогает тяжесть заболевания, а также появление предвестников прорыва гной в бронх: гнилостный запах изо рта, свидетельствующий о просачивании экссудата через бронх, гектическая лихорадка, озноб, усиление болей в груди, а также возникновение боли при давлении на ребро или межреберье. Отмечается резкое усиление кашля. Рентгенологически выявляется сплошное затемнение.

Спонтанное вскрытие гнойника через бронх существенно изменяет клинические данные при абсцессе легких. При этом одновременно (полным ртом) отделяется много гнойной мокроты и «на глазах» наступает значительное облегчение состояния больного, снижается уровень интоксикации. Рентгенологически появляется характерная картина: полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Гангрена легких проявляется более тяжелым общим состоянием, зловонным дыханием, отхаркиванием кусков гнойной ткани, кровохарканием (диагноз «написан в воздухе комнаты больного и в плевательнице»). Наблюдаются тяжелые расстройства дыхания, кровообращения и обмена веществ. Рентгенологически выявляются сливная облаковидная тень, полости с неровными контурами.

Дополнительные методы обследования применяются для выяснения топике процесса, содержимого полостей и проходимости бронхов - многопроекционная рентгенография и томография, КТ. Для рациональной антибактериальной терапии необходимо бактериологическое обследование. Для выяснения нарушений легочного и бронхиального компонентов дыхания необходимо определение функции внешнего дыхания. Для определения проходимости бронхов, их содержимого – бронхоскопия.

Данную патологию необходимо дифференцировать от неосложненного течения пневмоний, а также специфических заболеваний легких.

Очаговые пневмонии протекают относительно легче, имеют более короткий анамнез и более доброкачественное течение.

При кавернозном туберкулезе легких имеет диагностическое значение длительный специфический анамнез. При этом кавернизация, маскирующая прорыв абсцесса в бронхи, сопровождается ухудшением состояния больного. Имеет значение обнаружение в мокроте туберкулезных палочек. Рентгенологически обнаруживаются сопутствующие специфические изменения легких, при этом полости (каверны) не имеют уровней.

При актиномикозе в процесс вовлекаются соседние с легкими органы: грудная клетка с образованием плотных инфильтратов. При повторных исследованиях отделяемого выявляются друзы.

Приоритет в лечении острых абсцессов легких принадлежит консервативному лечению. Его направленность: воздействие на инфекцию антибиотиками, дренирование гнойной полости и повышение сопротивляемости организма. Имеют значение антибактериальная терапия, в том числе с интратрахеальным введением, детоксикация, уход, питание. При сообщении полости абсцесса с бронхом необходимы адекватное дренажное положение и санационные повторимые бронхоскопии.