

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Заведующий кафедрой хирургических болезней
им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО:
проф. ДМН Черданцев Дмитрий Владимирович
Преподаватель: ассистент Дударев Александр Александрович

Реферат на тему:
Ателектаз легкого

Заведующий кафедрой хирургических болезней
им. проф. А.М.Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО:
проф. ДМН Черданцев Дмитрий Владимирович
Преподаватель: ассистент Дударев Александр Александрович

Выполнил:
Ординатор 1-ого года кафедры
хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно
с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО
Черикова Тансулуу Улукбековна



Выполнил:
Ординатор 1-ого года кафедры
хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно
с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО
Черикова Тансулуу Улукбековна
Красноярск 2019

Содержание

Введение	3
Классификация	3
Причины аталектаза легкого.....	4
Клиническая картина	5
Диагностика	5
Лечение	7
Список литературы	8
Введение	3
Классификация	3
Причины аталектаза легкого.....	4
Клиническая картина	5
Диагностика	5
Лечение	7
Список литературы	8

Введение

Ателектаз - патология органов дыхания, характеризующаяся спаданием (деформацией) некоторой части легкого или всего легкого, что приводит к невозможности выполнять функцию газообмена пораженной зоны.

Исследование показало, что ателектаз легкого развивается чаще у тяжелых больных, находящихся в отделении реанимации в первые 3 сут после поступления или оперативного вмешательства. Левосторонний ателектаз легкого встречается почти в 1,5 раза чаще, чем правосторонний. Отмечена высокая эффективность рентгенологической диагностики ателектаза легкого. Фибробронхоскопия (ФБС) позволила практически во всех случаях установить уровень нарушения проходимости трахеобронхиального дерева и ее причину. При однократной санационной ФБС нормализация и положительная динамика рентгенологически отмечены у 57 (76%) больных. Повторные эндоскопические санации бронхов в первые 2 сут потребовались 25 (25,3%) больным с неразрешенным или повторно возникшим таким ателектазом легкого. Эффективность повторного исследования составила 84%. Необходимо отметить, что повторный и неразрешенный однократно ателектаз легкого, как правило, имел место у больных с тяжелой травмой груди. В этих же случаях в просвете трахеобронхиального дерева часто визуализировалась кровь.

С помощью ФБС практически во всех случаях установлен уровень нарушения трахеобронхиального дерева и

Классификация ателектаза легкого

По происхождению ателектаз легкого может быть первичным (врожденным) и вторичным (приобретенным). Подпервичным ателектазом понимают состояние, когда у новорожденного ребенка по какой-либо причине не происходит расправления легкого. В случае приобретенного ателектаза отмечается спадение легочной ткани, ранее уже участвовавшей в акте дыхания. Данные состояния необходимо отличать от внутриутробного ателектаза (безвоздушного состояния легких, наблюдаемого у плода) и физиологического ателектаза (гиповентиляции, имеющей место у некоторых здоровых людей и представляющей собой функциональный резерв легочной ткани). Оба этих состояния не являются истинным ателектазом легкого.

В зависимости от объема «выключенной» из дыхания легочной ткани ателектазы делятся на ацинозные, дольковые, сегментарные, долевы и тотальные. Они могут быть одно- и двусторонними – последние крайне опасны и могут привести к гибели больного.

Ателектаз легкого может быть первичным (врожденным) и вторичным (приобретенным). Подпервичным ателектазом понимают состояние, когда у новорожденного ребенка по какой-либо причине не происходит расправления легкого. В случае приобретенного ателектаза отмечается спадение легочной ткани, ранее уже участвовавшей в

С учетом этиопатогенетических факторов ателектазы легких подразделяются на:

- обструктивные (обтурационные, резорбционные) – связанные с механическим нарушением проходимости трахеобронхиального дерева
- компрессионные (коллапс легкого) – вызванные сдавлением легочной ткани снаружи скоплением в плевральной полости воздуха, экссудата, крови, гноя
- контракционные – вызванные сдавлением альвеол всубплевральных отделах легких фиброзной тканью
- ацинарные – связанные с дефицитом сурфактанта; встречаются у новорожденных и взрослых при респираторном дистресс-синдроме.

Кроме этого, можно встретить деление ателектазов легких на рефлекторные и послеоперационные, развивающиеся остро и постепенно, неосложненные и осложненные, преходящие и стойкие. В развитии ателектаза легкого условно выделяют три периода: 1- спадение альвеол и бронхиол; 2 – явления полнокровия, транссудации и локального отека легочной ткани; 3 – замещение функциональной ткани соединительной, формирование пневмосклероза.

Причины ателектаза легкого

Соответственно различают обтурационные и компрессионные ателектазы легкого. При обтурации главного бронха возникает ателектаз всего легкого, при нарушении проходимости долевых или сегментарных бронхов — ателектазы соответствующих легочных долей и сегментов. Нарушение проходимости бронхов 4—6-го порядков может приводить к спадению части легочного сегмента — субсегментарному ателектазу. Дисковидный ателектаз формируется в результате спадения нескольких соседних долек легкого, что часто имеет место при диффузных поражениях бронхолегочной системы (пневмонитах, фиброзирующих альвеолитах, саркоидозе). При непроходимости концевых и дыхательных бронхиол формируются дольковые ателектазы.

Обтурация бронха может быть вызвана инородным телом, вязкой мокротой, кровью, рвотными массами, опухолью. Реже ателектаз легкого обусловлен разрывами бронхов при различных травмах, рубцовым сужением бронхов в результате травм или перенесенного туберкулеза, а также сдавлением бронхов извне различными внутригрудными опухолями, кистами, скоплениями воздуха и жидкости при пневмотораксе, плеврите. Изредка отмечают так называемые рефлекторные ателектазы, причиной

которых может быть спазм бронхов с закрытием их просвета.

Клиническая картина

Клиническая картина во многом зависит от того, какой объем легочной ткани исключен из вентиляции и как быстро прекращалась вентиляция. Наиболее выраженными проявлениями характеризуется быстро возникающий ателектаз всего легкого. например, при закупорке бронхов густой слизью в послеоперационном периоде возникает одышка, учащается пульс, иногда появляется цианоз. Прогрессирующая Дыхательная недостаточность может привести к летальному исходу. Грудная стенка на стороне ателектаза заметно отстает при дыхательных движениях по сравнению со здоровой стороной. При перкуссии определяется тупой звук, при аускультации дыхательные шумы отсутствуют. Сердце смещается в сторону ателектазированного легкого (это смещение можно определить по локализации верхушечного толчка, а также с помощью перкуссии и аускультации сердца). При ателектазе доли или сегмента легкого клинические проявления выражены менее резко, а иногда вообще отсутствуют. Выявить ателектаз легкого в таких случаях можно только при рентгенологическом исследовании, которое является самым достоверным методом диагностики этого патологического состояния.

Диагностика

Для обнаружения ателектаза легкого используют многоосевую рентгеноскопию грудной клетки, рентгенографию в прямой и боковых проекциях, томографию (в т.ч. компьютерную). Рентгенологическая картина А. л. разнообразна и зависит от объема спавшейся части легкого. Основным симптомом А. л. является затенение всего или части легочного поля. В первые часы после закупорки бронха тень спавшегося легкого неоднородна, т.к. в части долек еще содержится воздух. В дальнейшем затенение становится однородным, на его фоне не видны просветы бронхов, как это бывает при воспалительной инфильтрации. Другим симптомом ателектаза легкого является совпадение затенения с границами целого легкого, его доли, сегмента. В связи с уменьшением объема спавшейся легочной ткани увеличиваются и перемещаются смежные части легкого, иногда изменяется положение ребер, диафрагмы, органов средостения. При ателектазе всего легкого соответствующая половина грудной клетки сужена, определяется интенсивное и однородное затенение всего легочного поля, легочный рисунок не прослеживается.

На томограммах выявляется, что воздух заполняет только главный бронх до места его закупорки. Органы средостения перетянуты в сторону ателектаза. Диафрагма на стороне поражения приподнята, движения ее резко ослаблены. Противоположная половина грудной клетки расширена, прозрачность легочного поля повышена, диафрагма активно участвует в дыхании. При рентгеноскопии обнаруживают признаки нарушения бронхиальной проходимости — смещение органов средостения при вдохе в сторону ателектаза, а при выдохе и кашле — в противоположную.

При ателектазе доли легкого ее тень уменьшена в объеме, интенсивна и однородна, междолевая граница втянута в сторону ателектаза и четко отграничивает его от соседних долей. Смежные участки легкого на рентгенограммах представляются более светлыми, бронхи и сосуды в них раздвинуты. Затенение всегда начинается от корня легкого, а наружной стороной примыкает к границе легочного поля. При ателектазе верхней доли наблюдается небольшое перетягивание верхнего отдела средостения, а при ателектазе нижней доли — нижнего отдела.

При сегментарном ателектазе отмечается интенсивное затенение треугольной или трапециевидной формы, одним концом обращенное к корню легкого. При ателектазе базальных сегментов определяется подъем прилежащих участков диафрагмы. Субсегментарный ателектаз на рентгенограммах имеет вид полосы, идущей от места закупорки бронха к границе доли. В отличие от тени кровеносного сосуда эта полоска не суживается к периферии, не дает ответвлений и сохраняет линейный вид на снимках в разных проекциях. На краю легочного поля полоска расширяется, приобретая форму раструба, что соответствует воронкообразному втяжению на поверхности легкого. Дисковидный ателектаз имеет вид узкой горизонтальной полосы, чаще расположенной в кортикальных отделах легких.

Дольковые ателектазы на рентгенограммах представляют округлые или полигональные тени диаметром 0,5—1 см, отличающиеся от пневмонических очагов быстротой появления и исчезновения, однотипностью формы и размеров, наличием по соседству дисковидных ателектазов. Рентгенологическое исследование позволяет не только выявить ателектаз легкого, но и провести дифференциальный диагноз с опухолью средостения, междолевым плевритом, при множественных мелких ателектазах — с застойными явлениями в малом круге кровообращения. В ряде случаев с помощью рентгенологического исследования можно установить причину ателектаза легкого (например, опухоль бронха, туберкулезный бронхит). С целью уточнения причины бронхостеноза проводят бронхоскопию и компьютерную томографию.

Лечение

Лечение проводят в стационаре. С целью восстановления бронхиальной проходимости при obturации бронхов инородными телами или жидкими массами (мокротой, кровью) проводят бронхоскопию. В менее тяжелых случаях можно попытаться аспирировать мокроту и кровь через введенный в бронх катетер. Существенное значение при этой процедуре имеет стимулируемый раздражением слизистой оболочки бронхов кашель. При ателектазах, вызванных рубцовым стенозом бронхов, опухолями, кистами, как правило, необходимо оперативное вмешательство. В случаях компрессионных А. л., обусловленных плевритом или пневмотораксом, эффективны плевральные пункции и дренирование плевральной полости с аспирацией жидкости и воздуха.

Прогноз в большой степени зависит от темпа прекращения вентиляции. В зоне ателектаза при медленном, постепенном закрытии просвета бронха развивается воспалительный процесс — ателектатическая пневмония. В дальнейшем, по мере стихания воспалительного процесса, образуется соединительная ткань, прогрессируют необратимые склеротические изменения (фиброателектаз). Дыхательная функция пораженного участка легкого при этом утрачивается. Если же ателектаз возникает остро, в течение короткого времени, бронхи заполняются густой и, как правило, стерильной слизью. Воспалительные и склеротические изменения в таких случаях, обычно минимальны, и после ликвидации причины ателектаза легочная ткань вновь может выполнять газообменную функцию.

Профилактика А. л. имеет особенно важное значение после операций на органах грудной клетки. Больной должен достаточно глубоко дышать. Важно разъяснять ему, что для поддержания свободной проходимости дыхательных путей необходимо хорошо откашливаться. Следует периодически менять положение больного в постели, как можно раньше его активизировать, проводить массаж грудной клетки, дыхательную гимнастику.

Дыхательная функция пораженного участка ателектаза возникает остро, в течение короткого времени, как правило, стерильной слизью. Воспалительные и склеротические изменения в таких случаях, обычно минимальны, и после ликвидации причины ателектаза легочная ткань вновь может выполнять газообменную функцию.

Профилактика А. л. имеет особенно важное значение после операций на органах грудной клетки. Больной должен достаточно глубоко дышать. Важно разъяснять ему, что для поддержания свободной проходимости дыхательных путей необходимо хорошо откашливаться. Следует периодически менять положение больного в постели, как можно раньше его активизировать, проводить массаж грудной клетки, дыхательную гимнастику.

Список литературы :

Акимов Д.В. Роль ателектаза в патогенезе и клинике острых пневмоний, Клин. мед., т. 16, № 2, с. 216, 1938;

Вайль С. С. О происхождении и морфологии некоторых ранних изменений легких в послеоперационном периоде

Маврин В. К. Экспериментальный ателектаз по данным гистологического и гистохимического исследования, Арх. патол., т. 25, № 9, с. 69, 1963, библиогр.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Рецензия профессора, дмн. проф. кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО Дударева Александра Александровича на реферат ординатора первого года обучения специальности Торакальная хирургия Чериковой Тансулуу Улукбековны по теме: «Аталектаз легкого».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Торакальная Хирургия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная /отрицательная

Комментарии рецензента:

Комментарии рецензента:	Положительный/ отрицательный
Дата: 28.02.19	
Подпись рецензента:	
Подпись ординатора:	