

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ И
ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ
ПОЛОСТИ.
ПЛЕВРИТЫ.

Пневмоторакс.

Легочно-сердечная
недостаточность.

Профессор В.Ф.Маринин

1 часть

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

Появление в плевральной полости выпота воспалительного или не воспалительного характера носит название синдрома скопления жидкости в плевральной полости.

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

1. Возможно скопление жидкости в одной или обеих плевральных полостях

2. Характер ее может быть воспалительным (экссудат) и не воспалительным (транссудат)

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

Транссудат- выпот не воспалительного характера. Состоит из сыворотки крови, которая пропотеваает через сосудистую стенку.

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

Экссудат-выпот воспалительного характера и состоит из плазмы и форменных элементов крови.

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

Механизм появления экссудата- гиперемия листков плевры, повышение внутрикапиллярного давления, увеличение числа функционирующих капилляров с последующим увеличением проницаемости стенки.

Само накопление жидкости приводит к блоку лимфатического дренажа.

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ.

Причинами появления экссудата являются:

- 1. воспаление плевры (плевриты) при туберкулезе и пневмониях,
 - 2. карциноматоз плевры при злокачественном новообразовании.
- Чаще поражение бывает односторонним

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

Причины гидроторакса:

- 1. застой в малом круге кровообращения при сердечной недостаточности
- 2. при заболеваниях почек (нефротическом синдроме), печени (циррозе),

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ЖАЛОБЫ

- на инспираторную одышку, усиливающуюся в положении на здоровом боку,
- чувство тяжести в больной половине грудной клетки.

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ЖАЛОБЫ

- 3. При начальной стадии сухого плеврита –
- боль в грудной клетке .

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ЖАЛОБЫ

- 4. У больных с гнойным плевритом (эмпиемой плевры) – тифическая лихорадка, проливные поты, интоксикация – так называемый гнойно-резорбтивный синдром.

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ЖАЛОБЫ

- 5. При плеврите ракового генеза – могут быть жалобы так называемых «малых» признаков раковой интоксикации: отсутствие аппетита, потеря веса, немотивированная общая слабость и др.

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

ЖАЛОБЫ

- **6. В случаях наличия транссудата –больные предъявляют жалобы характерные для поражения сердечно-сосудистой системы или жалобы со стороны почек или печени.**

ОБЩИЙ ОСМОТР

1. Больные часто занимают
вынужденное
положение на больном
боку,

Осмотр грудной клетки

1. Пораженная сторона

может

несколько

увеличиваться в

размерах,

отстает при дыхании,

**2. Межреберные промежутки
сглаживаются и
даже могут выбухать**

•

ПАЛЬПАЦИЯ

. Отмечается повышенная резистентность межреберных промежутков , голосовое дрожание ослаблено или отсутствует .

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПЕРКУССИЯ

Над областью скопления
жидкости
определяется тупой
перкуторный звук, выше –
над поджатым экссудатом
легким – притупленно-
тимпанический.

Топографическая ПЕРКУССИЯ

. Определение нижней границы легкого и экскурсии легочного края с пораженной стороны становится невозможным .

А у с к у л ь т а ц и я

- Дыхание над областью скопления
- жидкости – ослаблено или полностью отсутствует.

А у с к у л ь т а ц и я

- В случае прижатия – ателектазированного легкого к корню непосредственно выше уровня жидкости на ограниченном пространстве – может выслушиваться ослабленное бронхиальное дыхание .

БРОНХОФОНИЯ

- Бронхофония – отрицателна или ослаблена.

Диагностика синдрома .

1. тупой перкуторный звук над нижними отделами легких
2. отсутствие дыхания
- 3. отрицательная бронхофония в зоне тупости.

Дополнительные методы исследования

- Рентгенологически
- определяется гомогенное затемнение легочного поля, смещение средостения в здоровую сторону

Дополнительные методы исследования

- С диагностической и лечебной целью производится плевральная
- пункция, позволяющая определить характер имеющейся жидкости.

Частная патология

ПЛЕВРИТЫ

ПЛЕВРИТ

Определение.

- ПЛЕВРИТ — воспаление плевры с образованием фибринозного налета на ее поверхности или выпота в ее полости.

ПЛЕВРИТ: этиология и патогенез

Возникновение плевритов инфекционной

природы :

**1. возбудители специфические
(микобактерий туберкулеза, бледная
трепонема)**

**и неспецифические (пневмококки,
стафилококки, вирусы, грибы и др.).**

ЭТИОЛОГИЯ (продол)

- **2. Частой причиной развития плеврита являются системные болезни соединительной ткани (ревматизм, системная красная волчанка и др.);**

ЭТИОЛОГИЯ (продол)

- 3. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ,
- 4. СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА
- 5. новообразования; 6. тромбоз легочных артерий

Этиология (продол)

- В развитии бластоматозного (опухолевого) плеврита большое значение имеет
- блокирование метастазами опухоли лимфатических узлов,
- лимфатических и венозных сосудов,

Этиология (продол)

- **при прорастании опухоли из прилежащих органов—деструкция серозных покровов.**

ПЛЕВРИТ: патогенез

Возбудители проникают в плевру :

- контактным путем,**
- лимфогенно,**
- гематогенно,**
- при повреждении грудного лимфатического протока**

классификация

Основные формы плевритов:

1. сухие или фибринозные,
2. выпотные или экссудативные.

Экссудативные плевриты

характеру выпота

- на серозные,
- серозно-фибринозные,
- гнойные,
- геморрагические,
- хилезные (хилус-лимфа)
- смешанные.

плеврит

- *Патогенез*
- *большинства плевритов
аллергический.*

плеврит: патогенез

- . При быстром и значительном
- накоплении жидкости
- развивается
- ателектаз легкого и синдром дыхательной недостаточности.

Частная патология

- Сухой, или фибринозный, плеврит.

СУХОЙ ПЛЕВРИТ: ЖАЛОБЫ

Основной симптом — боль в боку, усиливающаяся при вдохе, кашле. Болевые ощущения уменьшаются в положении на пораженном боку.

Жалобы при диафрагмальном сухом плеврите

- Для них характерны
- боль в грудной клетке, подреберье, в области нижних ребер,
- икота,

Жалобы при диафрагмальном сухом плеврите (ПРОДОЛ)

- Для них характерны
- **боль в животе,**
- **напряжение брюшных мышц, боль при глотании.**

Сухой плеврит

**ВЫЯСНИТЕ ИСТОРИЮ
РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ! 1. 1.**

Туберкулез в анамнезе.

- **2. Контакт с туберкулезным больным**
- **3. Травмы грудной клетки**

ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО

Положение больного:

- Болевые ощущения уменьшаются в положении
- на пораженном боку.

осмотр грудной клетки

- Поверхностное дыхание.
- Заметно ограничение дыхательной подвижности соответствующей половины грудной клетки

Пальпация грудной клетки:

- Пальпаторное восприятие
- вибраций
- грудной клетки при
- сухом плеврите

СУХОЙ ПЛЕВРИТ

- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПЕРКУССИЯ

Неизмененный перкуторный
звук

СУХОЙ ПЛЕВРИТ

Топографическая перкуссия
легких:

Уменьшение подвижности
нижнего края на стороне
поражения

:Аускультация: Основные дыхательные шумы

- МОЖЕТ ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ослабленное дыхание вследствие щажения**
- больным пораженной стороны,**

Аускультация: Побочные дыхательные шумы

шум трения плевры.

Напоминает скрип новой кожи,
хруст снега, шелест бумаги или
шелка.

Сухой ПЛЕВРИТ

- **Бронхофония: Не изменена**

ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ

- Выпотной, или экссудативный, плеврит

экссудативный плеврит

- ЖАЛОБЫ

В начале плевральной экссудации:

- 1. отмечаются боль в боку,**
 - 2. ограничение дыхательной подвижности пораженной стороны грудной клетки**
- стороны грудной клетки

экссудативный плеврит

- ЖАЛОБЫ

. Часто возникает сухой мучительный кашель рефлекторной природы.

- ЖАЛОБЫ (ИЗМЕНЕНИЕ)

1. По мере накопления выпота
боль в боку

- исчезает, появляются ощущения
тяжести, нарастает одышка,
усиливающаяся в положении
- на здоровом боку

экссудативный, плеврит

Больные часто
занимают
вынужденное положение
на больном боку,

Осмотр грудной клетки

**Пораженная
сторона может несколько
увеличиваться в размерах,
отстает при дыхании,
межреберные промежутки
выбухают.**

ПАЛЬПАЦИЯ

Отмечается повышенная резистентность межреберных промежутков, голосовое дрожание ослаблено или отсутствует.

ПЕРКУССИЯ

- Скопление жидкости в плевральной полости диагностируется (рентгенологически), только лишь при наличии её не менее 400-500 мл.

ПЕРКУССИЯ

- При накоплении в полости 1000-1500 мл жидкости граница тупого звука будет проходить спереди по уровню 4-го ребра.



ПЕРКУССИЯ

- При увеличении жидкости на 500 мл имеет место смещение границы тупого звука на одно ребро вверх.

ПЕРКУССИЯ

- При левостроннем плеврите из-за зоны тупости (скопления жидкости) исчезает тимпанический звук над пространством ТРАУБЕ (полулунном пространстве).

ПЕРКУССИЯ

- При перкуссии с экссудативным плевритом обнаруж. три зоны перкуторного звука:
- **1. Зона выпота с косой линией Эллиса-Дамуазо - Соколова-тупой звук.**

ПЕРКУССИЯ

(продолж)

- 2. Треугольник Гарленда (поджатое экссудатом легкое)- притупленно-тимпанический звук;
- 3. Треугольник Грокко-Раухфусса- тупой звук

линия ЭЛЛИСА-ДАМУАЗО-СОКОЛОВА) .

1. Над областью скопления жидкости определяется ЗОНА ТУПОГО ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА, которая ИМЕЕТ ДУГООБРАЗНУЮ (КОСУЮ) ВЕРХНЮЮ ГРАНИЦУ

(линия ЭЛЛИСА-ДАМУАЗО-СОКОЛОВА) .

Верхняя точка кривой линии располагается по задней подмышечной линии .

Косая линия ЭЛЛИСА-ДАМУАЗО-СОКОЛОВА) .

1. Самая верхняя точка кривой Линии располагается по задней подмышечной линии.
2. Самая низкая точка – сзади у позвоночника и спереди у грудины.

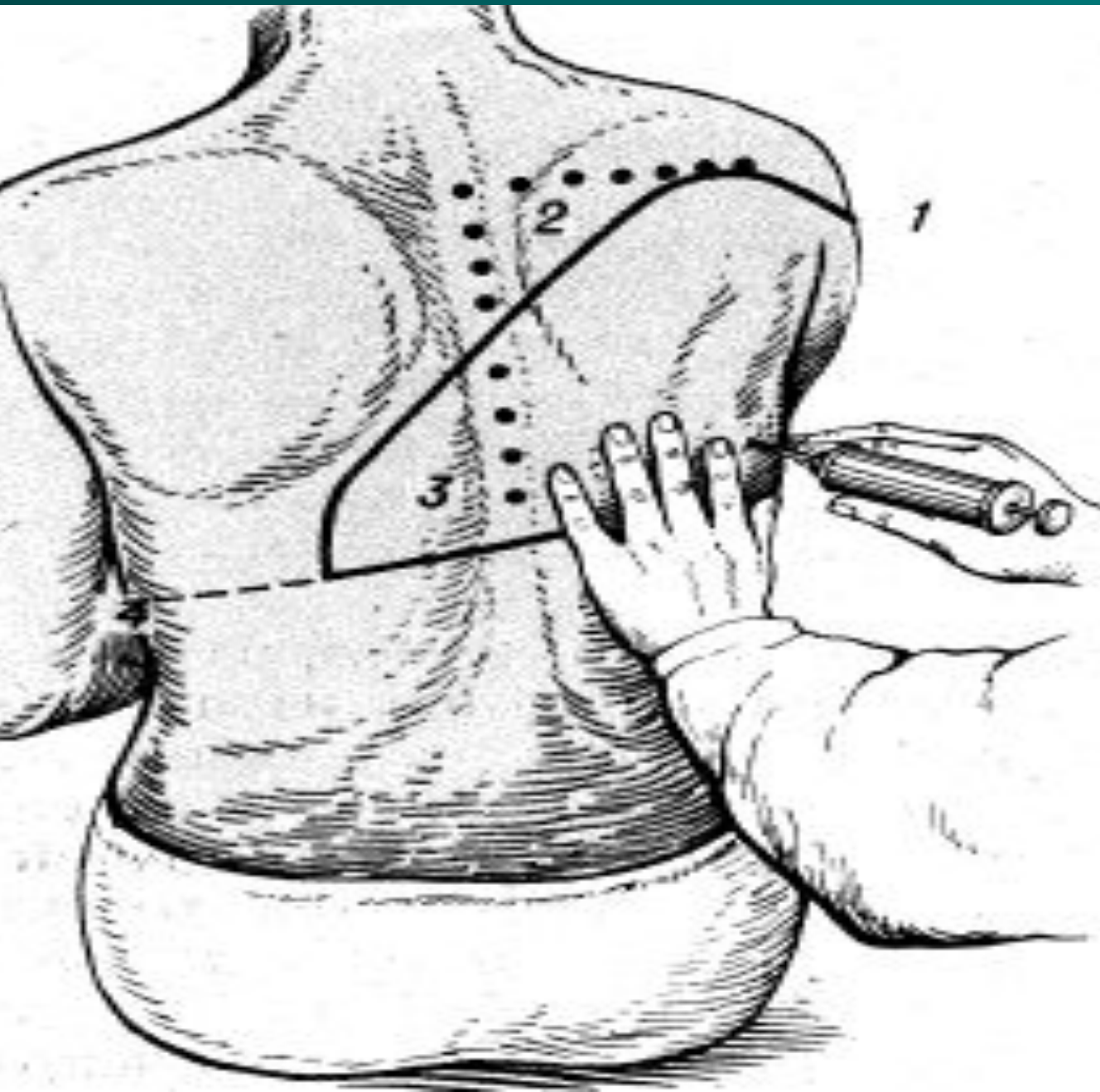
Косая линия ЭЛЛИСА-ДАМУАЗО-СОКОЛОВА) .

1. При перемене положения тела

конфигурация этой линии не меняется- потому что

листки

плевры над выпотом склеены или спаены фибрином.



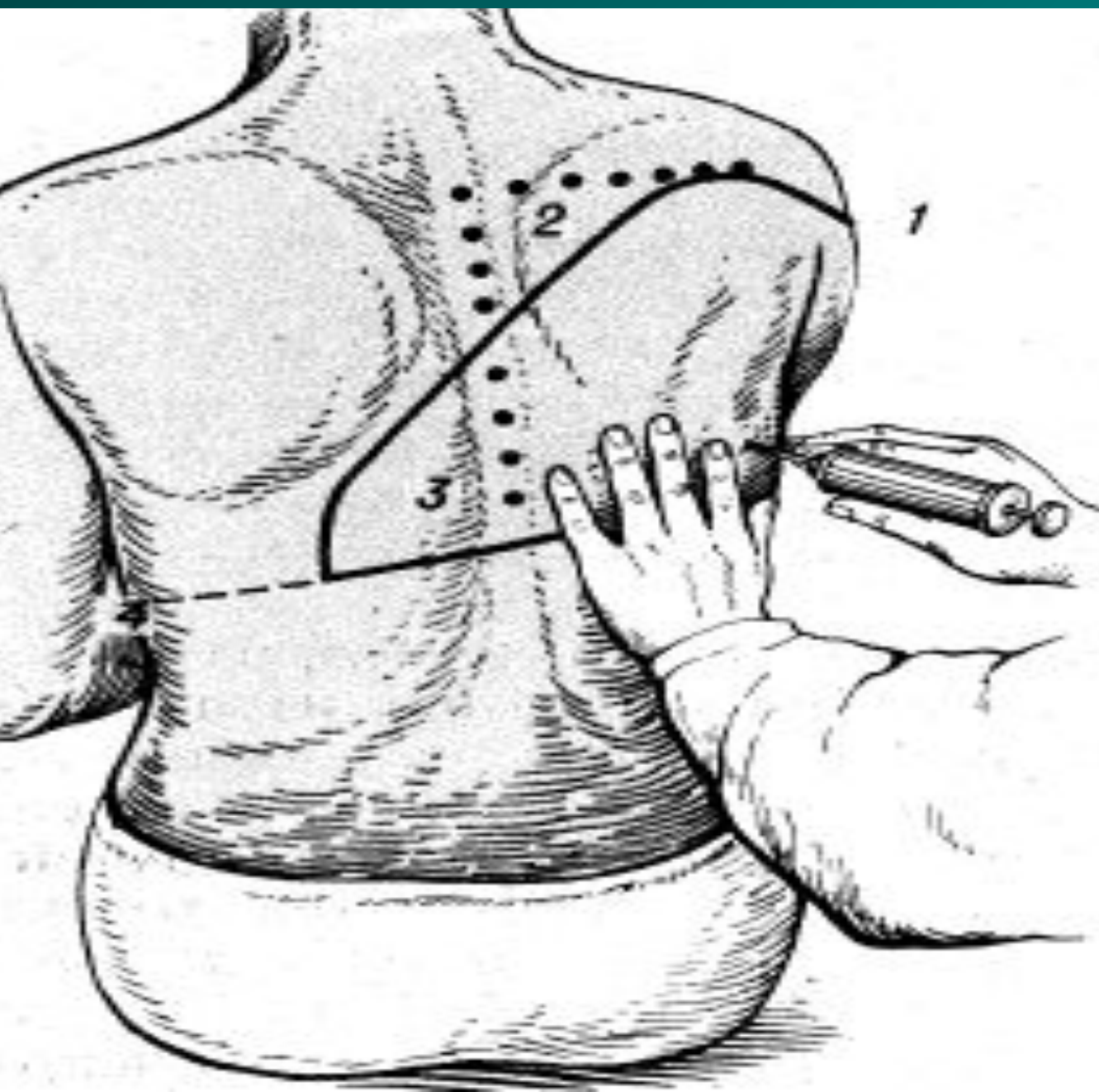
1 — линия
Дамуазо;
2 —
треугольник
Гарленда;
3 — треугольник
Раухфусса
— Грокко;
4 — нижняя
граница
легких.

Треугольник Гарленда

- **2. Треугольник Гарленда обнаруживается на стороне поражения и располагается выше уровня жидкости между косой линией Эллиса - Дамуазо-Соколова и позвоночником.**

Треугольник Гарленда

- 2. Этот треугольник соответствует поджато-му экссудатом легкому. Перкуторно над ним отмечается притупленно-тимпанический звук.



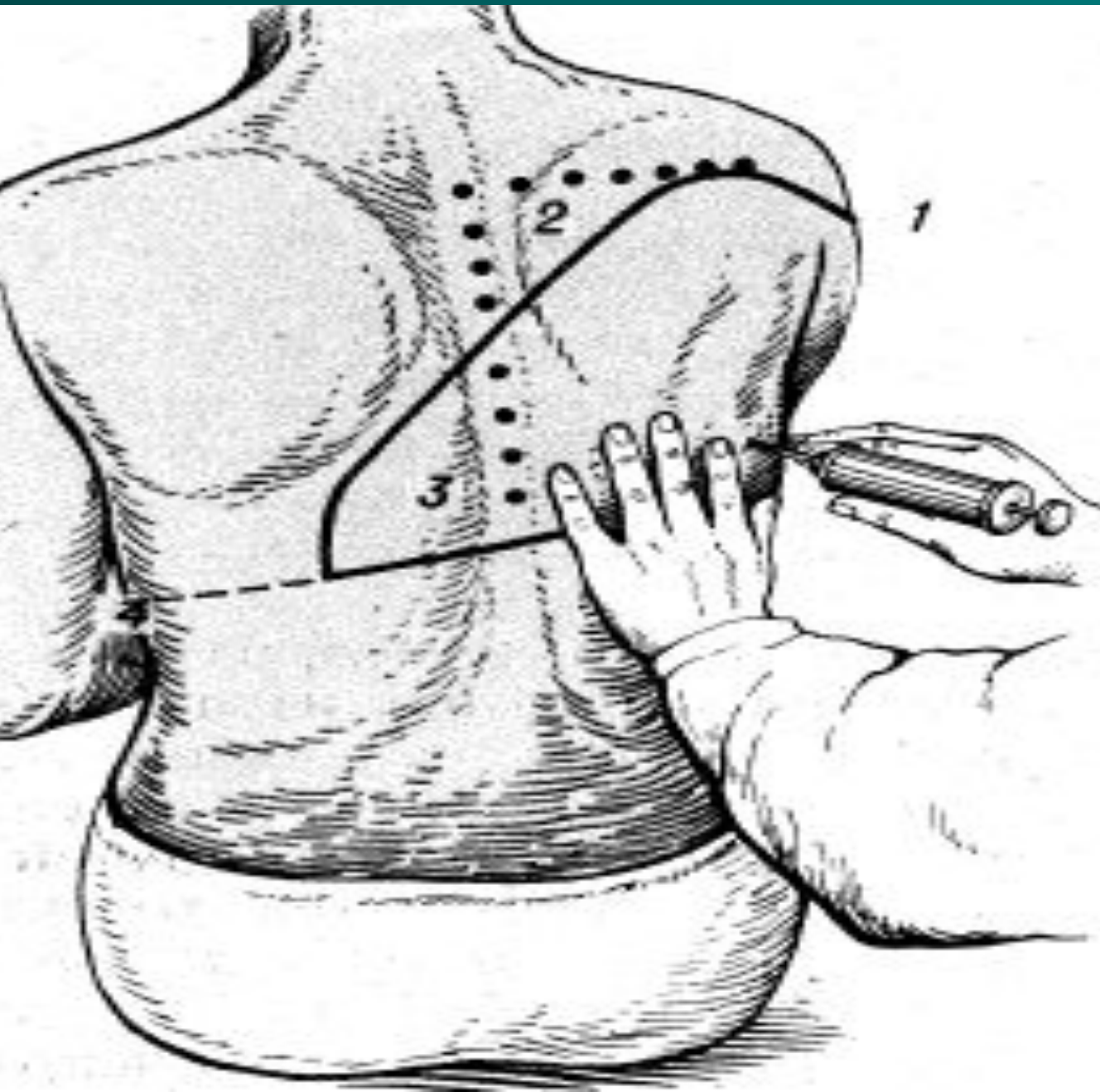
1 — линия
Дамуазо;
2 —
треугольник
Гарленда;
3 — треугольник
Раухфусса
— Грокко;
4 — нижняя
граница
легких.

3. Треугольник Грокко- Раухфусса

- 3. При перкуссии на здоровой стороне выявляется тупой перкуторный звук в треугольнике сторонами которого будут:

3. Треугольник Грокко- Раухфусса

- 1. Позвоночник
- 2. Продолжение линии Дамуазо
- 3. Нижняя граница легких



1 — линия
Дамуазо;
2 —
треугольник
Гарленда;
3 — треугольник
Раухфусса
— Грокко;
4 — нижняя
граница
легких.

ЭССУДАТИВНЫЙ, ПЛЕВРИТ

- **ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРКУССИЯ**

Определение нижней границы легкого и экскурсии легочного края с пораженной стороны становится невозможным.

Аускультация

- Дыхание над областью скопления
- жидкости ослаблено или полностью отсутствует.

Аускультация

- В случае прижатия
- ателектазированного легкого к корню непосредственно выше уровня жидкости на ограниченном пространстве может выслушиваться ослабленное бронхиальное дыхание.

экссудативный плеврит

- **Бронхофония**
отрицательна или
ослаб-

Диагностика синдрома

- Важнейшими признаками являются:
- 1. тупой перкуторный звук над нижними отделами легких
- 2. отсутствие дыхания
- 3. отрицательная бронхофония в зоне тупости.

ЭКССУДАТИВНЫЙ, ПЛЕВРИТ

Рентгенологически –
определяется гомогенное
затенение легочного поля с
косым расположением
верхней границы, смещение
средостения в здоровую
сторону.

ПЛЕВРИТ



ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ

- С диагностической и лечебной целью производится плевральная
- пункция, позволяющая определить характер имеющейся жидкости.