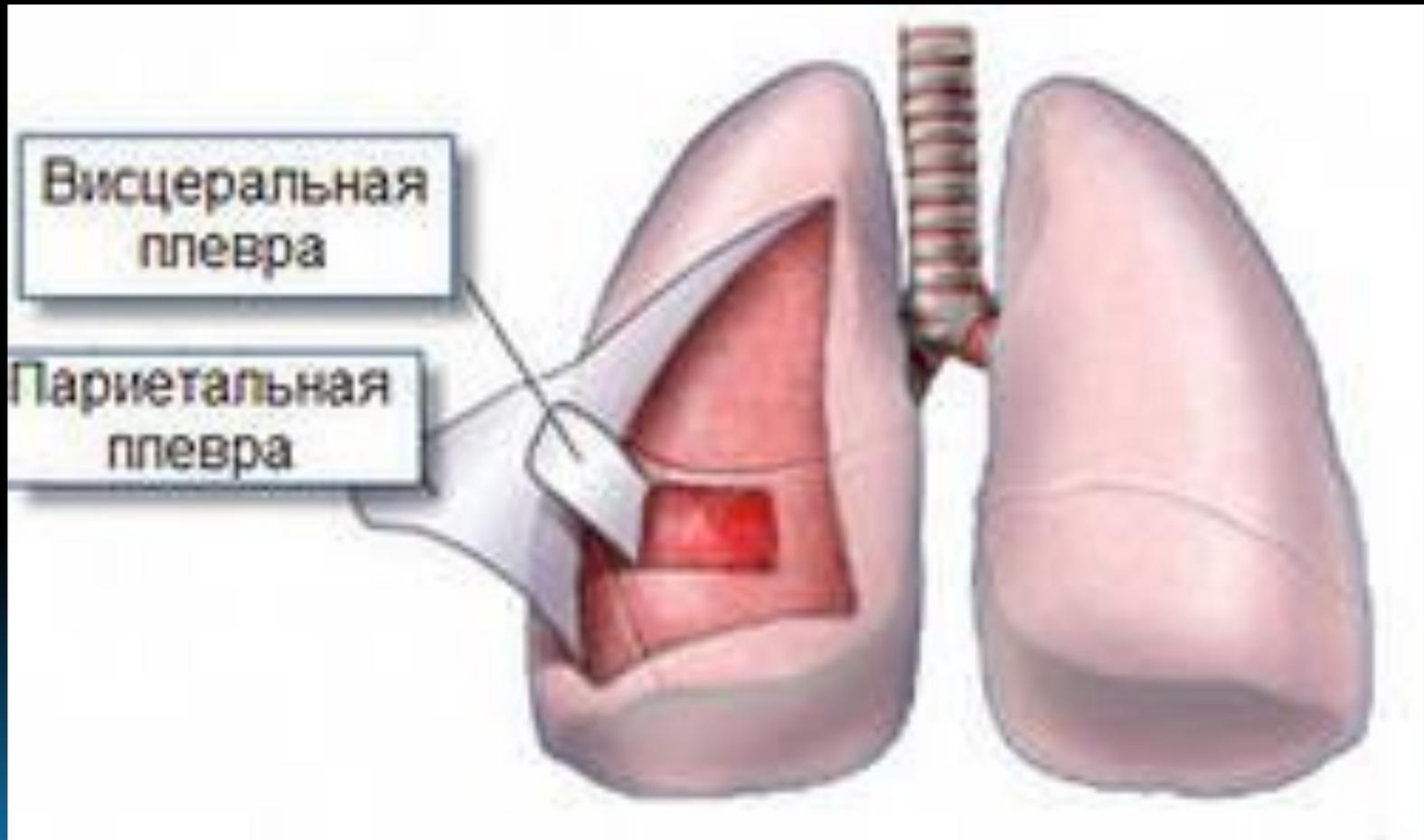




ПЛЕВРИТЫ





Плеврит — воспаление плевральных листков с образованием на их поверхности фибрина (сухой, фибринозный плеврит) или скоплением в плевральной полости жидкого экссудата различного характера (экссудативный плеврит).

Классификация плевритов

Е. В. Гембицкий, П. Г. Брюсов, 1991)

1. По этиологии:

инфекционные

Неинфекционные

▪ По клинико-морфологическим проявлениям:

▪ *сухой (фибринозный);*

▪ *экссудативный (выпотной) плеврит:* по характеру выпота — серозный, серозно-фиброзный, гнойный, гнилостный, геморрагический, смешанный и др.; *по локализации экссудата* — лево-, правосторонний, двусторонний, диффузный, осумкованный.

▪ *По течению:* острый; подострый; хронический (обострение, ремиссия).

▪ *4. По осложнениям:* смещение органов средостения, ателектаз легкого, острая легочно-сердечная недостаточность, коллапс, шок, отек легких, абсцесс легкого, абсцесс печени, абсцесс мозга, септикопиемия, плевральные сращения, искривление позвоночника, обызвествление плевры и др.

Этиология.

- *Инфекционные плевриты* вызываются : бактериями (пневмококк, стрептококк, стафилококк, гемофильная палочка, клебсиелла и др.); микобактериями туберкулеза; риккетсиями; простейшими; грибами; вирусами.

Наиболее часто инфекционные плевриты наблюдаются при пневмониях различной этиологии, туберкулезе, реже при абсцессе легкого. У 95% больных выявляют туберкулезные поражения плевры.

- *Неинфекционные (асептические) плевриты* наблюдаются при заболеваниях:

злокачественные опухоли; системные заболевания соединительной ткани; системные васкулиты; травмы грудной клетки; инфаркт легкого; острый панкреатит; инфаркт миокарда (постинфарктный синдром Дресслера); хроническая почечная недостаточность («уремический плеврит»).

Патогенез .

- Важнейшим условием развития инфекционных плевритов является проникновение возбудителя в плевральную полость одним из следующих путей:
- 1) непосредственный переход инфекции из инфекционных очагов, расположенных в легочной ткани (пневмония, абсцесс, туберкулезное поражение легких);
- лимфогенное инфицирование полости плевры;
- гематогенный путь;
- прямое инфицирование плевры из внешней среды при ранениях грудной клетки и операциях.

В первые сутки развития плеврита наблюдается умеренный выпот в плевральную полость. При небольшом количестве выпота часть его всасывается, и на поверхности плевральных листков остается выпавший из экссудата фибрин — так формируется фибринозный (сухой) плеврит. При высокой интенсивности воспалительного процесса создаются все условия для развития экссудативного плеврита.

Клиническая картина сухого плеврита.

- У большинства больных заболевание начинается внезапно. Характерные жалобы больных: *боли в грудной клетке, повышение температуры тела, общая слабость.*
- Боль появляется при глубоком вдохе, усиливается при наклоне туловища в здоровую сторону, при смехе и чихании. На высоте вдоха часто появляется кашель. Характерны также жалобы на преходящие неинтенсивные боли в мышцах, суставах, на головную боль.
- *При осмотре* — больной щадит пораженную сторону и поэтому предпочитает лежать на здоровом боку. Дыхание поверхностное, учащенное. Заметно отставание пораженной половины грудной клетки.
- *Пальпация* выявляет болезненность и ригидность мышц.
- При *перкуссии* легких звук остается ясным легочным, если плеврит не обусловлен воспалительным процессом в паренхиме легких.
- При *аускультации* определяется шум трения плевры

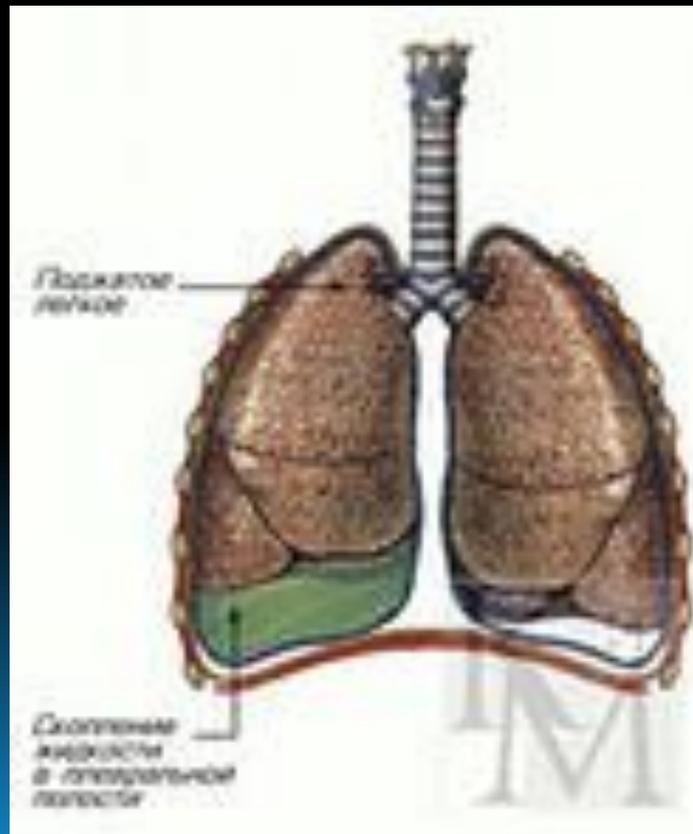


Экссудативный плеврит

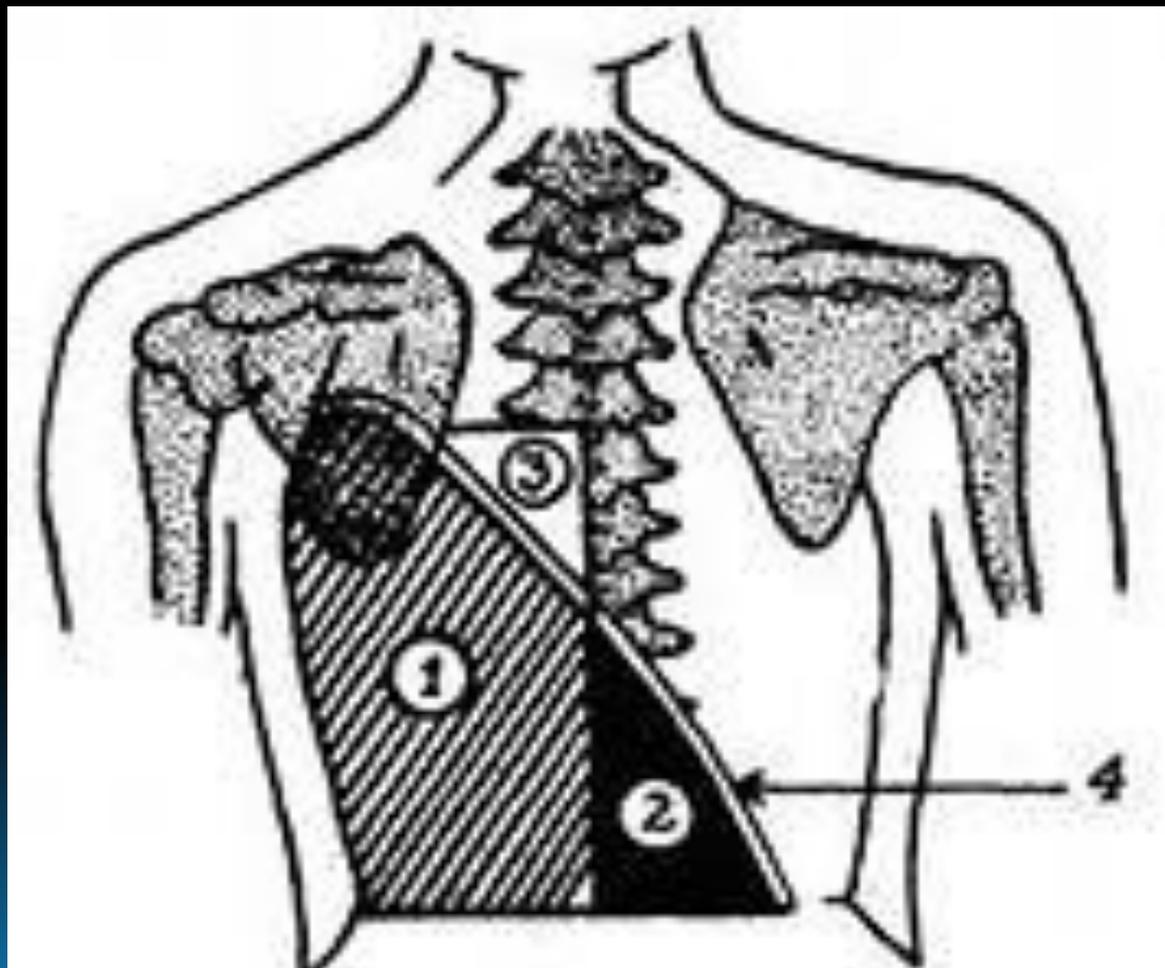
Клиническая картина экссудативного плеврита.

- Жалобы : *лихорадка, боль или тяжесть в боку, одышка* Кашель обычно бывает сухим, а иногда совсем отсутствует. Общее состояние обычно тяжелое, особенно при *гнойном плеврите*
- *При осмотре:* половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, вынужденное положение — лежа на больном боку, а при больших выпотах — полусидя. Отмечается цианоз и набухание шейных вен.

При *перкуссии* над областью, где располагается жидкость, определяется тупость.



1. Зона выпота
2. треугольник Раухфуса-Грокка
3. треугольник Гарлянда
4. Линия Дамуазо



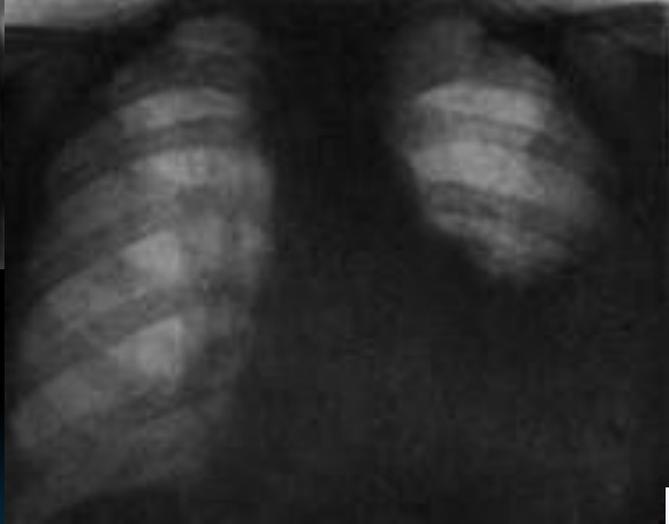
- При *аускультации* дыхание в области скопления жидкости не прослушивается или бывает резко ослабленным. Несколько выше границы экссудата дыхание обычно бронхиальное, что обусловлено сжатием легкого и вытеснением из него воздуха.
- *Течение* экссудативного плеврита зависит от основного заболевания. Длительность заболевания колеблется от 1,5 до 2 месяцев. В ряде случаев после перенесенного экссудативного плеврита отмечается развитие спаечного процесса в плевральной полости с деформацией грудной клетки, ограничением ее подвижности.
- В тяжелых случаях при большом количестве экссудата, смещении органов средостения, выраженной интоксикации может наблюдаться развитие острой легочно-сердечной или сосудистой недостаточности.
- ;
- Течение ограниченных плевритов длительное, с развитием шварт. Наиболее тяжелое течение наблюдается при гнойных плевритах, которые могут сопровождаться прорывом в соседние органы и образованием свищей.

Эмпиема плевры



Лабораторные и инструментальные исследования

- **ОАК:** на фоне пневмонии отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, нередко эозинофилия. Для экссудативных плевритов туберкулезной этиологии — лимфопения, эозинопения, моноцитоз.
- **ОАМ:** на высоте лихорадки может отмечаться умеренная протеинурия.
- **Рентгенологически** выявляется плотная гомогенная тень с косой верхней границей.



Фибринозный плеврит нередко
предшествует экссудативному



УЗИ плевральной полости позволяет выявить наличие в плевральной полости уже 10–20 мл жидкости.



Рис. 10.1. Малая плевральная жидкость (указана стрелкой).

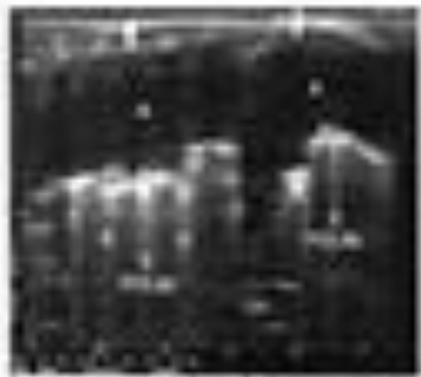


Рис. 10.2. Ультразвуковое изображение плевральной жидкости (указана стрелкой).

- При подозрении на туберкулез проводится *проба Манту*.
- *Бронхоскопия*
- Для уточнения диагноза, определения характера плевральной жидкости и с лечебной целью применяется ***плевральная пункция (торакоцентез)***.
- Внешний вид эвакуированной во время плевральной пункции жидкости имеет важное диагностическое значение.

Лечение сухого плеврита

- . Лечение должно быть направлено на ликвидацию основного заболевания (туберкулез, острая пневмония, абсцесс легких). Назначают анальгетики, препараты, уменьшающие кашель (кодеин, либексин).
- Применяют также горчичники, йодные сетки, физиотерапевтические процедуры (исключая туберкулезную этиологию). Прогноз и профилактика определяются основным заболеванием.

Лечение экссудативного плеврита

- Лечение проводится в зависимости от основного заболевания. Этиологическое лечение: специфическая противотуберкулезная терапия (изониазид, этамбутол и др.); лечение пневмонии (антибиотики); лечение системных заболеваний соединительной ткани (глюкокортикоиды).
- Противовоспалительная и противоболевая терапия: индометацин, вольтарен, аспирин. Из антигистаминных средств — диазолин, супрастин внутрь. Противокашлевые — кодеин, либексин. Проводится дезинтоксикационная терапия. Важным лечебным мероприятием при гнойных плевритах является эвакуация гнойного содержимого и введение в полость плевры антибиотиков (торакоцентез). Лечение гнойного плеврита нужно проводить в условиях специализированного торакального отделения.

- При гнойном плеврите активную антибиотикотерапию сочетают с хирургическим вмешательством, общеукрепляющим лечением, переливанием плазмы, белковых препаратов.
- Прогноз, как правило, благоприятный. Когда плеврит развивается вследствие рака легких, прогноз для жизни неблагоприятный. Развитие множества спаек приводит к дыхательной недостаточности.
- Профилактика определяется основным заболеванием