

СРС  
НА ТЕМУ: «ПЛЕВРИТ. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ  
ХАРАКТЕРИСТИКА, ИСХОДЫ.»

Подготовила: Кадырбекова.А

337 ОМ

# СОДЕРЖАНИЕ

1. Определение
2. Классификация: сухой(фибринозный), экссудативный
3. Причины
4. Патогенез
5. Характер экссудата
6. Исходы
7. Заключение
8. Список используемой литературы

# ПЛЕВРИТ

воспалительное заболевание плевры, возникающее вследствие отложения на ее поверхности фибрина или скопления жидкости в плевральной полости, характеризующееся болью при дыхании и кашлем.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- **I. Этиология**
  1. Инфекционные плевриты
  2. Асептические плевриты
  
- **II. Характер патологического процесса**
  1. Сухой (фибринозный) плеврит
  2. Экссудативный плеврит
  
- **III. Характер выпота при экссудативном плеврите**
  1. Серозный
  2. Серозно-фибринозный
  3. Гнойный
  4. Гнилостный
  5. Геморрагический
  6. Эозинофильный
  7. Холестериновый
  8. Хилезный
  9. Смешанный

▣ **IV. Течение плеврита**

1. Острый плеврит
2. Подострый плеврит
3. Хронический плеврит



**V. Локализация плеврита**

1. Диффузный
2. Осумкованный (отграниченный)
  - 2.1. Верхушечный (апикальный)
  - 2.2. Пристеночный (паракостальный)
  - 2.3. Костнодиафрагмальный
  - 2.4. Диафрагмальный (базальный)
  - 2.5. Парамедиастинальный
  - 2.6. Междолевой (интерлобарный)

## СУХОЙ (ФИБРИНОЗНЫЙ ПЛЕВРИТ)

Сухой или фибринозный плеврит в большинстве случаев возникает при обострении туберкулезного процесса в легких или в лимфатических узлах грудной полости. Изолированно взятый диагноз "сухой плеврит" означает, что основное заболевание осталось нераспознанным. Сухих плевритов с патоморфологической точки зрения не существует. Всякий плеврит, как и воспаление других серозных оболочек, сопровождается выделением экссудата. В одних случаях его так мало, что количество экссудата не поддается определению ни физикально, ни рентгенологическими методами исследования (В.А.Равич-Щербо). Морфологическим субстратом этой формы является туберкулезное воспаление преимущественно в париетальной плевре с последующим расстройством циркуляции плевральной жидкости, но само по себе это не ведет к развитию экссудативного плеврита.

Сухой (фибринозный) ТП часто возникает подостро и протекает с малой субфебрильной температурой, реже начинается остро. Ведущим клиническим признаком является боль в грудной клетке, усиливающаяся при глубоком дыхании и кашле.

Основным диагностическим признаком сухого плеврита следует считать шум трения плевры. **Исходом** сухого плеврита являются плевральные сращения, верхушечные "плевральные шапки"

## ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ.

Патогенетически выделяют 3 основных клинических варианта ЭС: аллергический, перифокальный, туберкулез плевры.

Экссудат, возникающий при воспалении плевры, может иметь различный клеточный состав. Выпот при туберкулезе может быть связан с проявлением аллергической реакции серозных оболочек, высыпанием бугорков на плевре и отражать туберкулезное нагноение. Поэтому при исследовании экссудатов нельзя ограничиваться указанием на преобладание в мазке тех или других элементов, а подсчитывать клетки жидкости, особенно при повторных анализах, так как иначе можно не уловить изменения, происходящие при воспалении.

С учётом этиологического фактора, все плевриты необходимо разделить на две группы:

- - инфекционные;
- - неинфекционные (асептические).

При инфекционных плевритах воспалительный процесс в плевре обусловлен воздействием инфекционных агентов, при неинфекционных плевритах воспаление плевры возникает без участия патогенных микроорганизмов.

Необходимо помнить, что наиболее часто **инфекционные плевриты** наблюдаются при пневмониях различной этиологии (пара- и метапневмонические плевриты) и туберкулезе, реже - при абсцессе легкого, нагноившихся бронхоэктазах, поддиафрагмальном абсцессе.



## НЕИНФЕКЦИОННЫЕ (АСЕПТИЧЕСКИЕ) ПЛЕВРИТЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- злокачественные опухоли (канцероматоз плевры). Это могут быть первичная опухоль плевры (мезотелиома), метастазы злокачественной опухоли в плевру, лимфогранулематоз, лимфосаркома, гемобластозы и другие злокачественные опухоли;
- системные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия, ревматоидный артрит);- системные васкулиты;
  - травмы грудной клетки, переломы ребер и оперативные вмешательства (травматический плеврит);- инфаркт легкого вследствие тромбоэмболии легочной артерии;
  - острый панкреатит (ферменты поджелудочной железы проникают в плевральную полость, и развивается "ферментативный" плеврит);
  - инфаркт миокарда (постинфарктный синдром Дресслера);
  - геморрагические диатезы;
  - хроническая почечная недостаточность ("уремический плеврит").

# ПРИЧИНЫ

1. Пневмонии
2. туберкулез
3. злокачественные опухоли
4. системные заболевания соединительной ткани.

# ПАТОГЕНЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ:

- повышается проницаемость сосудов париетальной плевры, что приводит к повышению капиллярного гидростатического давления в висцеральной и париетальной плевре;
  - увеличение количества белка в плевральной полости;
  - снижение онкотического давления плазмы крови.
  - снижение внутриплеврального давления (при ателектазах вследствие бронхогенного рака легкого, саркоидозе);
  - нарушение оттока плевральной жидкости по лимфатическим сосудам.

Накоплению жидкости способствуют:

1. Задержка  $\text{Na}^+$  и снижение белка, например при нефротическом синдроме, сердечной недостаточности.
2. Повышение АД в легочных артериях, это при недостаточности левого желудочка, тромбозе легочных вен, повышении давления в легочных капиллярах.

Патогенез сухого плеврита единственно отличается образованием спаек, так как выпадает фибрин.

Патогенез боли: воспалительный отек париетальной плевры, которая чрезвычайно чувствительна к боли, а висцеральная плевра не обладает болевой чувствительностью -> междолевой плеврит без боли.

При карциноматозных плевритах возможно сочетание нескольких механизмов.

Характеристика транссудата при циррозах печени. При циррозах жидкость в плевральной полости чаще встречается при асците. В отличие от выпота при застойной сердечной недостаточности выпот может быть одно - или двусторонним.

# МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ:

## 1. Прямое влияние опухоли:

- метастазы опухоли в плевру (увеличивается проницаемость сосудов плевры и происходит обструкция лимфатических сосудов);
- поражение лимфоузлов средостения (снижение лимфатического оттока из плевры);
- закупорка грудного протока (с частым развитием хилоторакса);
- обструкция бронха (снижается внутриплеврального давления);
- поражение перикарда.

## 2. Опосредованное влияние

- гипопротеинемия вследствие метастатического поражения печени;
- эмболия сосудов.

ПО ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ РАЗЛИЧАЮТ НЕСКОЛЬКО ТИПОВ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ЖИДКОСТЕЙ

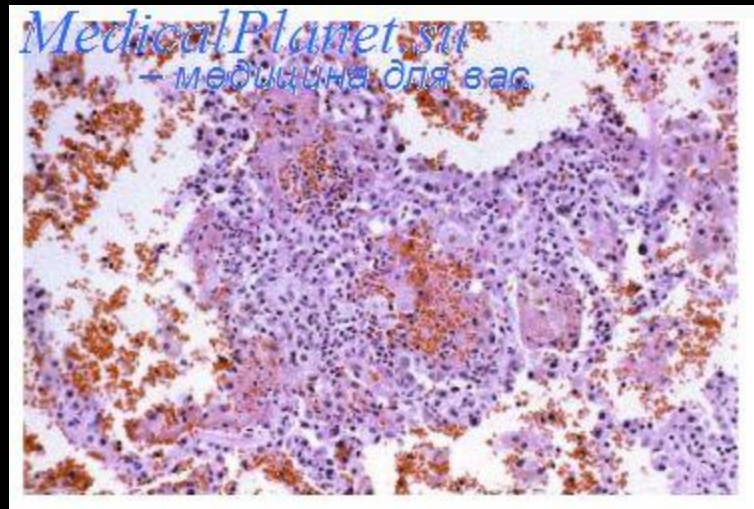
- 1) эозинофильный и эозинофильно-лимфоцитарно-нейтрофильный;
- 2) нейтрофильно-серозный, в котором нейтрофилы остаются почти неповрежденными;
- 3) гнойный;
- 4) мононуклеарно-мезотелиальный.

# ХАРАКТЕР ЭКССУДАТА

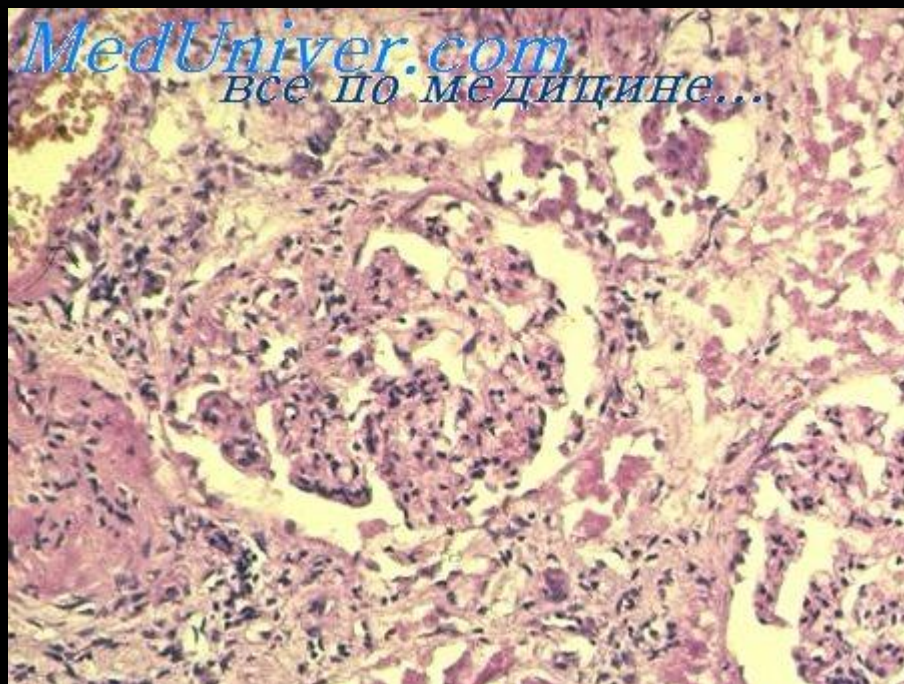
- соотношение общего белка плеврального выпота к общему числу белка сыворотки крови составляет более 0,5;
- - содержание общего белка в плевральном выпоте более 29 г/л;
  - соотношение ЛДГ плеврального выпота к ЛДГ сыворотки крови более 0,6;
  - содержание ЛДГ в плевральном выпоте более 0,45 от верхней границы нормы для ЛДГ сыворотки крови;
  - содержание холистенина в плевральном выпоте более 450 мг/л.



# ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЛЕВРИТ



# ПЛЕВРИТ ПРИ ЛАРВАЛЬНОМ ПАРАГОНИМОЗЕ



# ИСХОДЫ

Исход плеврита во многом зависит от его этиологии. В случаях упорного течения плеврита в дальнейшем не исключено развитие спаечного процесса в полости плевры, заращение междолевых щелей и плевральных полостей, образование массивных шварт, утолщение плевральных листков, развитие плевросклероза и дыхательной недостаточности, ограничение подвижности купола диафрагмы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В связи с актуальностью данной темы и ростом заболеваемости дыхательной системы нужно наибольшее внимание обратить на здоровый образ жизни, периодическому медицинскому осмотру, занятию спортом и отказ от вредных привычек

# СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Шевченко Н.И. Патологическая анатомия: Учеб. пособие для медвузов / Шевченко Н. И., Муканова Ж.И. - М.: Владос, 2005. - 285 с.
- Роуз А.Г. Атлас патологии / пер. с англ. под ред. М.А. Пальцева, Е.А. Коган. – ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 576с.
- Пальцев М.А. Патология: Учебник (в 2-х томах)/ М.А.Пальцев, В.С.Пауков. - М.: Гэотар-Медиа, 2010. – 1000с.
- Тусупбекова М.М. Проведение клинико-патологоанатомических конференций и работа комиссии по изучению летальных исходов: Метод.рекомендации/ Тусупбекова, М.М. -
- Тусупбекова М. М. Основы гистологической техники и методы гистологического исследования аутопсийного, операционного и экспериментального материала: Метод. реком./ Тусупбекова М.М. -
- Тусупбекова М. М. Принципы составления клинического и патологоанатомического диагнозов согласно требованиям МКБ 10-пересмотра. Логика и структура диагноза.: Учебно-метод. пособие/ Тусупбекова М. М. -
- Тусупбекова М. М. Руководство по клинической патоморфологии: Учебно-метод. пособие/ Тусупбекова М.М.