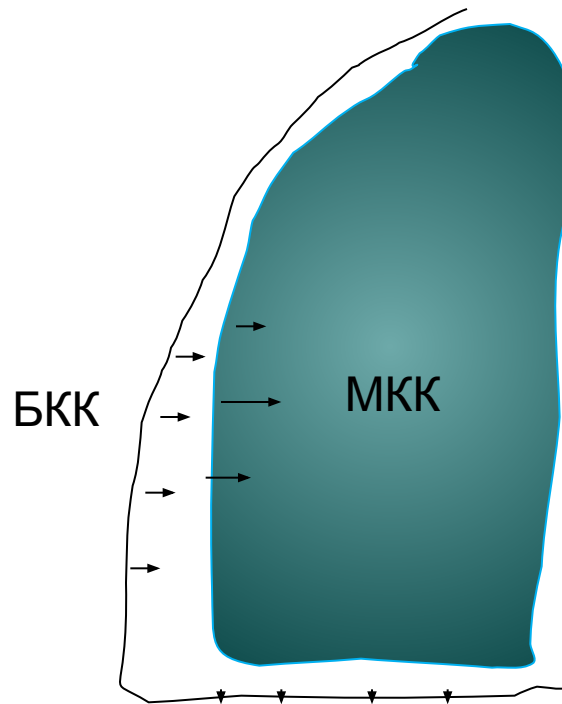


*Семиотика, синдромология и
лабораторно-инструментальная
диагностика различных форм поражения
плевры*

Лекция для студентов 3 курса

Анатомия и физиология плевры



Нарушение баланса секреции и резорбции плевральной жидкости приводит к накоплению жидкости в плевральной полости.

Это может произойти при:

- изменении *гидростатического или онкотического давления,*
- повышении *проницаемости сосудов или листков плевры.*

Синдром поражения плевры, его разновидности

1. Синдром поражения плевры без гидроторакса (сухой, адгезивный плеврит).
2. Синдром гидроторакса
3. Синдром пневмоторакса.

Гидроторакс или плевральный выпот— это скопление жидкости, различного происхождения и состава в плевральной полости.

Плеврит- воспаление листков плевры с образованием на их поверхности фибрина или скоплением в плевральной полости экссудата.

Плевральный выпот

1. Воспалительный выпот (экссудат):

- Инфекционного генеза:
 - А) бактериальный (неспецифический, специфический (туберкулез) - 20% плевритов)
 - Б) вирусный
- Неинфекционного генеза
 - А) Опухоль (первичная или метастатическая)
 - Б) Острый панкреатит В) ТЭЛА Г) Аутоиммунные болезни

2. Невоспалительный выпот (транссудат)

- Сердечная недостаточность (правожелудочковая, реже ЛЖ)
- Гипопротеинемии
 - А) Нефротический синдром
 - Б) Цирроз печени
 - В) Нарушения всасывания (синдром мальабсорбции)
- Гипотиреоз (накопление гидрофильных МПС)

Классификация плевритов.

По течению : острый и хронический

По морфологии: сухой (адгезивный) или экссудативный (выпотной).

По характеру экссудата: геморрагический, хилезный, гнойный (эмпиема)

По распространенности: диффузный или осумкованный.

По локализации: диафрагмальный, костальный, медиастинальный, междолевой.

Клиника острого плеврита.

1 фаза. Сухой фибринозный плеврит.

Жалобы:

боль в грудной клетке, связанная с дыханием, обычно острая, колющего или режущего характера, уменьшающаяся лежа на больном боку, усиливающаяся при наклоне в здоровую сторону

воспалительные симптомы и симптомы основного заболевания (чаще пневмонии- это т.н. пара- и метапневмонические плевриты)

Анамнез болезни: зависит от основного заболевания

Анамнез жизни: ! контакт с больными ТБЛ!

Объективно:

- вынужденное положение,
- поверхностное дыхание,
- уменьшение подвижности нижнего края,
- шум трения плевры.
- признаки основного заболевания!

Лабораторно: ОАК – признаки воспаления, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Инструментально: Р данные со стороны плевральной полости отсутствуют, но можно выявить очаг воспаления в легочной ткани или другую причину поражения плевры.

2 фаза. Экссудативный плеврит.

Жалобы:

- боль в грудной клетке уменьшается, становится тупой или напоминает тяжесть.
- Одышка при нагрузке или в покое
- Сухой кашель, связанный со сдавлением ткани легкого
- Симптомы сдавления (ВПВ, возвратного нерва, пищевода)

Объективно:

- ограничение дыхательной экскурсии на стороне поражения,
- выбухание межреберий,
- увеличение ЧДД
- увеличение кожной складки,
- ослабление голосового дрожания
- абсолютная перкуторная тупость с дугообразной верхней границей (линия Демуазо)
- резкое ослабление или отсутствие везикулярного дыхания, над верхней границей выпота может выслушиваться бронхиальное дыхание (компрессионный ателектаз) или крепитация (пневмония)
- симптомы сдавления ВПВ: набухание шейных вен, цианоз.

Лабораторно: ОАК – те же.

Инструментально :

Рентгенологическое исследование:

обнаружение гидоторакса (мин. 500мл)

УЗИ плевральной полости

Плевральная пункция. общий анализ,
цитологический, посев.

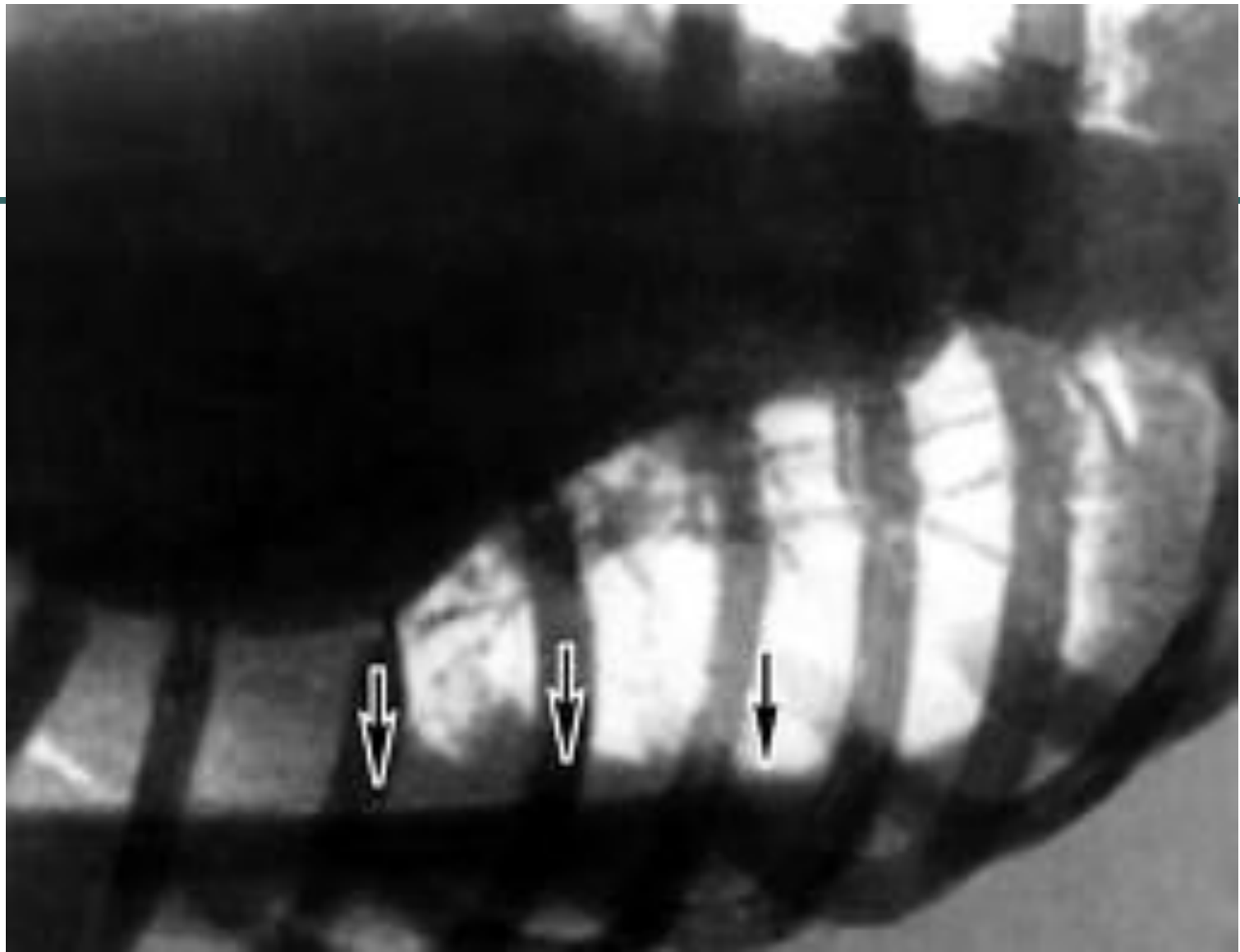
Позволяет:

1. Установить характер плеврального выпота (экссудат или транссудат)
2. Уточнить характер экссудата
3. В ряде случаев помогает выявить причину поражения плевры.











Характеристика плеврального выпота

Показатели	Экссудат	Транссудат
Цвет	Желтый – эмпиема Красный – ТЭЛА, опухоль	Светлая, прозрачная жидкость
ρ (плотность)	≥ 1018	< 1018
Белок	> 30 г/л (3%)	< 30 г/л
ЛДГ	Активность повышена	Низкая активность
Лейкоциты из них	$> 1 \times 10^9$ /л $> 50\%$ лимфоциты – ТБЛ	$< 1 \times 10^9$ /л
Амилаза	> 500 ед/мл-панкреатит	
Глюкоза	Низкая - ТБЛ	Уровень $\approx$ гликемии

Другие методы диагностики причины поражения плевры: торакоскопия, закрытая и открытая биопсия плевры.

Клиника и лабораторно-инструментальная диагностика при хронических формах плеврита (выпотной и адгезивной) отличается

- длительность существования симптомов (более 6 месяцев),
- формированием плевральных спаек после рассасывания выпота у некоторых пациентов (адгезивный плеврит). Спайки могут сформировать панцирь- “панцирное легкое”

Лечебная тактика при поражении плевры

- Лечение основного заболевания
- Обезболивание
- Лечебно-диагностическая плевральная пункция
- Хирургическое лечение при эмпиеме плевры, “панцирном легком”.

Пневмоторакс

- скопление воздуха или газа в плевральной полости

Классификация: 1. *Спонтанный*- изначально причина не ясна
и *вторичный*- у пациентов с известными заболеваниями
легких

2. *Закрытый* и *открытый*.

Причины: абсцесс, ЭЛ, БА, врожденные или приобретенные
буллы, БЭБ, травма

Клиника (ПТ- это неотложное состояние в пульмонологии):

Жалобы:

- острая боль в грудной клетке
- внезапная одышка или удушье
- симптомы болевого и рефлекторного шока- слабость, головокружение, коллапс, тахикардия.

Анамнез: картина фонового заболевания легких, можно выявить предыдущие эпизоды развития ПТ (рецидивирующий ПТ).

Объективно:

- состояние средней тяжести или тяжелое,
- асимметрия грудной клетки, связанная с выбуханием пораженной половины
- ослабление голосового дрожания
- тимпанит на стороне поражения
- отсутствие или резкое ослабление дыхания
- симптомы острого легочного сердца

R: скопление воздуха в полости плевры, коллабирование легочной ткани, смещение средостения в здоровую сторону.

Лечебная тактика:

- Наблюдение при незначительном ПТ, экстренная плевральная пункция и дренирование при выраженном ПТ.
- Лечение основного заболевания.

Collapsed
lung







ПОРАЖЕНИЕ ПЛЕВРЫ – ЭТО

ВТОРОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Исключения:

- Мезотелиома плевры.
- Туберкулезный плеврит (без туберкулеза в легочной ткани).