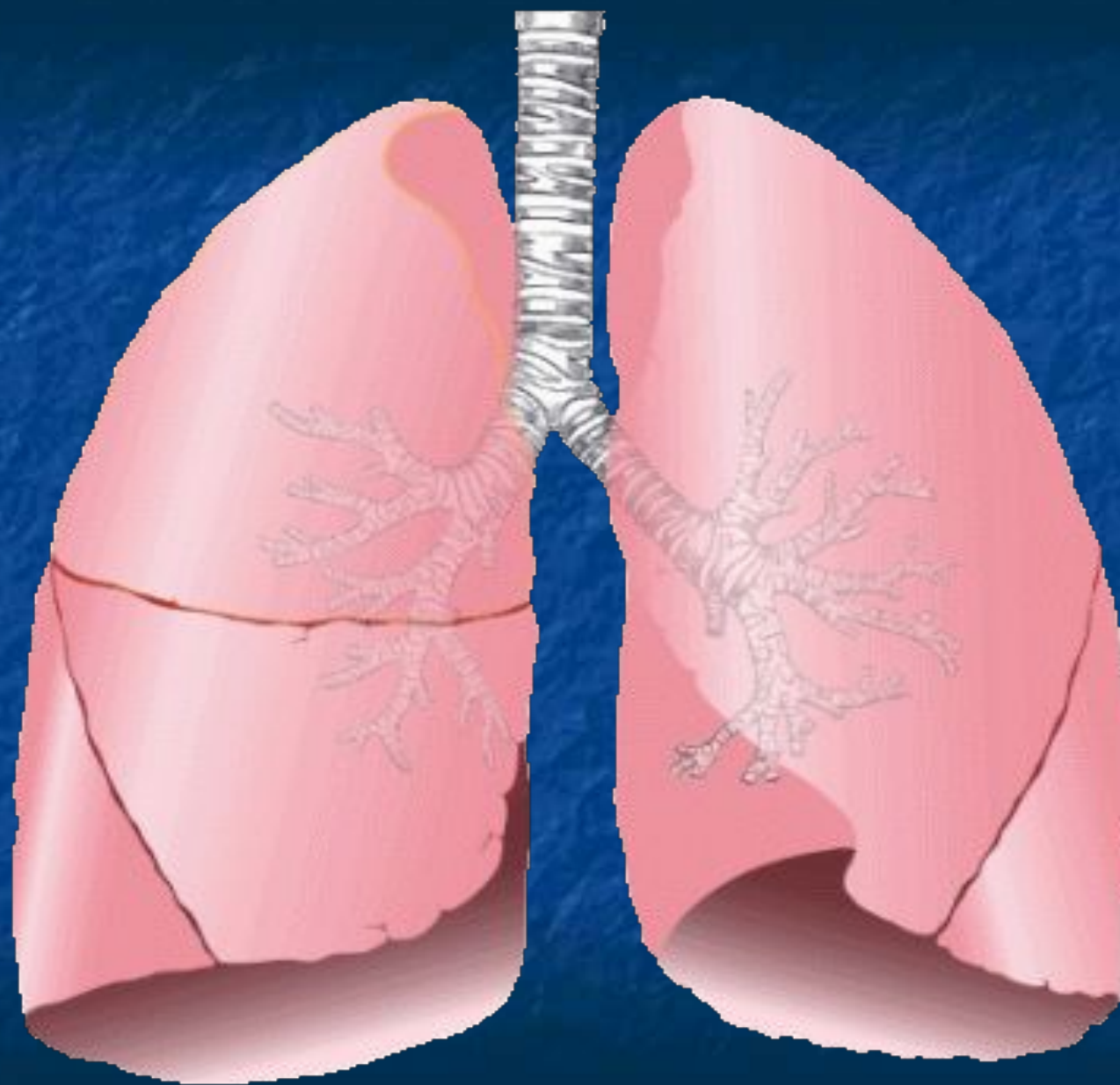


ПЛЕВРИТЫ

*Лекция для студентов 4 курса
лечебного факультета*

С .Н. Базлов



Определение.

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



В зависимости от этиологии все плевриты можно разделить на две большие группы: инфекционные и неинфекционные (асептические)

Инфекционные плевриты вызываются следующими возбудителями:

- бактериями (пневмококк, стрептококк, стафилококк, гемофильная палочка, клебсиелла, синегнойная палочка, брюшнотифозная палочка, бруцеллы и др.);
- микобактериями туберкулеза;
- риккетсиями;
- простейшими (амебы);
- грибами;
- паразитами (эхинококк и др.);
- вирусами.

Следует учесть, что *наиболее часто инфекционные плевриты накладываются 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 является причиной плевритов в 40% случаев).

Это могут быть первичная опухоль плевры (мезотелиома); метастазы злокачественной опухоли в плевру, в частности, при раке яичников (синдром Мейгса — плеврит и асцит при карциноме яичников); 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»);
- периодическая болезнь

Патогенез инфекционных плевритов

Важнейшим условием развития инфекционных плевритов является

проникновение возбудителя

в плевральную полость одним из следующих путей:

- непосредственный переход инфекции из инфекционных очагов, расположенных в легочной ткани (пневмония, абсцесс, нагноившиеся кисты, туберкулезное поражение легких и прикорневых лимфоузлов);
- лимфогенное инфицирование полости плевры;
- гематогенный путь проникновения инфекции;
- прямое инфицирование плевры из внешней среды при ранениях грудной клетки и операциях; при этом происходит нарушение целостности плевральной полости.

Патогенез неинфекционных плевритов

В патогенезе *карциноматозных* плевритов и образовании выпота значительную роль играет влияние на плевру продуктов обмена самой опухоли

В развитии плеврита при *системных болезнях соединительной ткани и системных васкулитах, периодической болезни* имеют значение аутоиммунные механизмы,

Асептические *травматические плевриты* обусловлены реакцией плевры на излившуюся кровь

Развитие плеврита при *хронической почечной недостаточности* обусловлено раздражением плевры выделяющимися уремическими токсинами – межпочечными продуктами азотистого обмена. *Ферментативный плеврит* обусловлен повреждающим действием на плевру панкреатических ферментов

В развитии плеврита при *инфаркте миокарда* (постинфарктный синдром Дресслера) ведущую роль играет аутоиммунный механизм.

Плеврит при *инфаркте легкого* (вследствие тромбоэмболии легочной артерии) обусловлен непосредственным переходом асептического воспалительного процесса с инфарктированного легкого на плевру.

Классификации и примеры формулировки диагноза

A15.6	Туберкулёзный плеврит, подтвержденный бактериологически и гистологически Выключено: при первичном туберкулёзе органов дыхания, подтвержденном бактериологически и гистологически (15.7)
A16.5	Туберкулёзный плеврит, без ссылки на бактериологическое и гистологическое подтверждение Выключено: туберкулёзный плеврит при первичном туберкулёзе органов дыхания (A16.7)
J86	Пиоторакс Включены: абсцесс: <ul style="list-style-type: none"> • плевры • грудной клетки эмпиема пиопневмоторакс Выключено: пиоторакс при туберкулёзе (A15-A16)
J86.0	Пиоторакс с фистулой
J86.9	Пиоторакс без фистулы
	Другие болезни плевры (J90-J94)
J90	Плевральный выпот, не классифицированный в других рубриках Выключены: хилёзный (плевральный) выпот (J94.0) плеврит БДВ (R09.1) туберкулёзный (A15-A16)
J91*	Плевральный выпот при заболеваниях, классифицированных в других рубриках
J92	Плевральная бляшка Включено: утолщение плевры
J93	Пневмоторакс
J94	Другие поражения плевры Выключено: плеврит БДУ (R09.1) травматические: <ul style="list-style-type: none"> гемопневмоторакс (S27.2) гемоторакс (S27.1) туберкулёзное поражение плевры (A15-A16)
J94.0	Хилёзный выпот
J94.1	Фиброторакс
J94.2	Гемоторакс
J94.8	Другие уточненные поражения плевры
J94.9	Поражение плевры, не уточненное

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

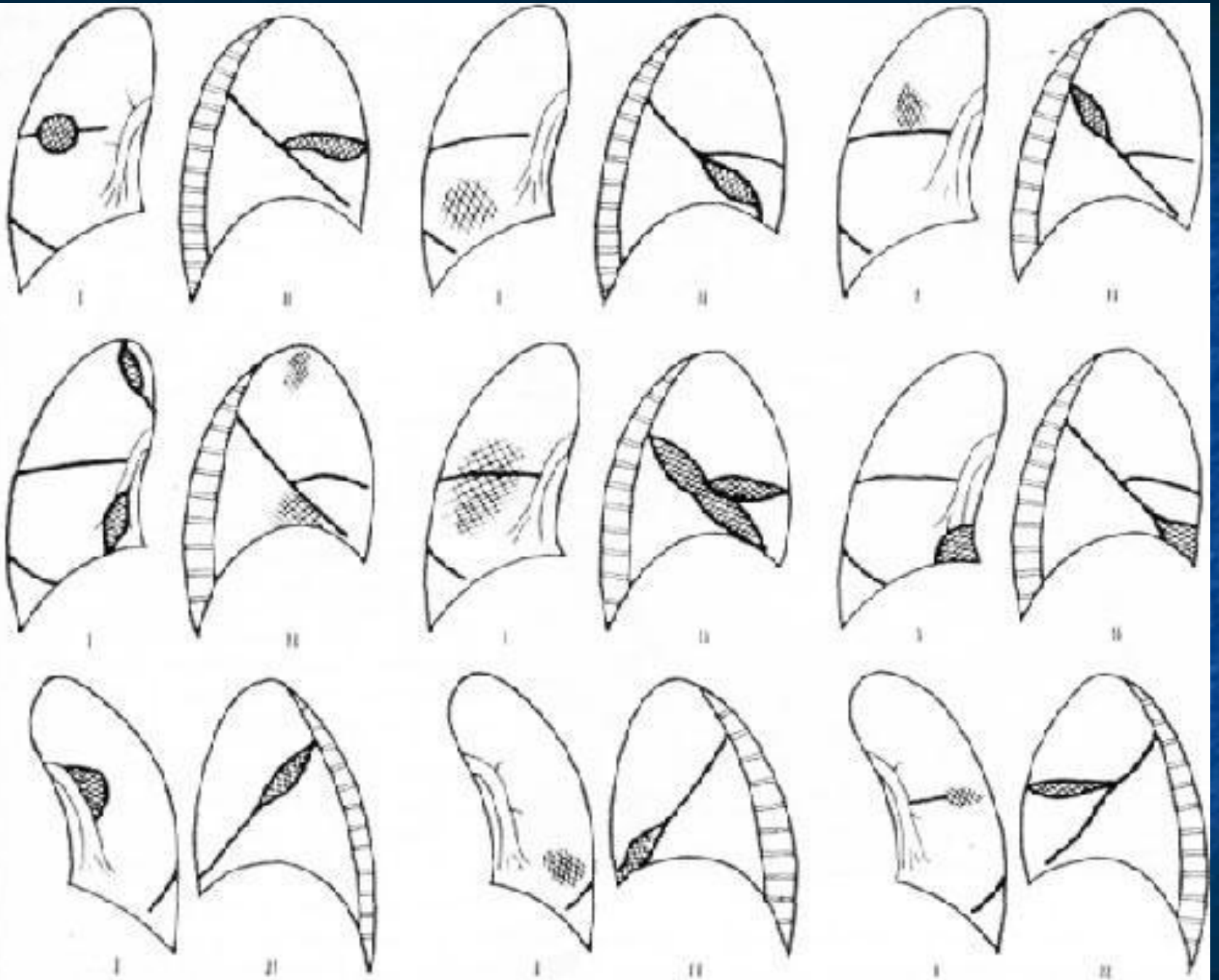
1. Серозный
2. Серозно-фибринозный
3. Гнойный
4. Гнилостный
5. Геморрагический
6. Эозинофильный
7. Холестериновый
8. Хилезный
9. Смешанный

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

- *Боли в грудной клетке*
- повышение температуры тела
- поверхностное дыхание
- *шум трения плевры*
- *плевроперикардальный шум трения*

- ОАК: возможно увеличение СОЭ, лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы
- влево (не постоянный признак).
- 2. ОАМ — без патологических изменений.
- 3. БАК — возможно увеличение содержания серомукоида, фибрина, сиаловых
- кислот, α_2 -глобулина.
-

Признаки

Сухой плеврит

Межреберная невралгия (межреберный нейромиозит)

Условия возникновения боли в грудной клетке

Боль связана с дыханием, кашлем

Боль связана с движениями, наклонами туловища, чрезмерными физическими нагрузками

Связь боли с наклоном туловища

Боль усиливается при наклоне туловища в здоровую сторону (за счет растяжения воспаленной плевры)

Боль усиливается при наклоне туловища в больную сторону

Пальпация межреберных промежутков

Вызывает умеренную боль в зоне выслушивания шума трения плевры

Вызывает острую интенсивную боль, особенно в местах наиболее близкого подхода межреберного нерва и его ветвей к поверхности грудной клетки: у позвоночника, на уровне средней подмышечной линии и у грудины

Шум трения плевры

Выслушивается в области, соответствующей отложению фибрина на плевральных листках

Отсутствует

Увеличение СОЭ

Бывает часто

Не характерно

Повышение температуры тела

Бывает часто

Не характерно

ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ

С появлением выпота в плевральной полости боли в грудной клетке ослабевают

чувство тяжести в грудной клетке, одышка

повышение температуры тела

цианоз и набухание шейных вен (большое количество жидкости в плевральной полости затрудняет отток крови из шейных вен);

- одышка (дыхание учащенное и поверхностное);
 - увеличение объема грудной клетки на стороне поражения, сглаженность или выбухание межреберных промежутков;
 - ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки на стороне поражения;
 - отечность и более толстая складка кожи в нижних отделах грудной клетки на стороне поражения по сравнению со здоровой стороной (симптом Винтриха).
- При перкуссии легких выявляются следующие важнейшие симптомы наличия жидкости в плевральной полости:
- тупой перкуторный звук над зоной выпота.

Верхняя граница тупости (линия Соколова-Эллиса-Дамуазо)

Лабораторные данные

1. ОАК — характерен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость лейкоцитов, резкое увеличение СОЭ. У

многих больных обнаруживается умеренно выраженная анемия нормохромного или гипохромного типа.

2. ОАМ - в разгар болезни у части больных обнаруживаются небольшая протеинурия (как правило, менее 1), единичные свежие эритроциты, клетки почечного эпителия.

3. БАК - наиболее характерны выраженная диспротеинемия (снижение уровня

альбумина и увеличение a_1 - и a_2

-глобулинов) и «биохимический синдром воспаления» (повышение содержания

сиаловых кислот, серомукоида, фибрина, гаптоглобина, появление С-реактивного

протеина). Достаточно часто обнаруживается небольшая гипербилирубинемия,

возможно повышение содержания аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз (как проявление токсических влияний на печень), лактатдегидрогеназы.

Программа обследования

I. Общий анализ крови, мочи.

II Биохимический анализ крови: определение содержания общего белка, Белковых фракций, билирубина, аминотрансфераз, холестерина, глюкозы, лактатдегидрогеназы, серомукоида, гаптоглобина, фибрина, сиаловых кислот, волчаночных клеток, ревматоидного фактора.

III Рентгенологическое исследование легких и компьютерная томография легких.

IV УЗИ сердца.

V ЭКГ.

VI Плевральная пункция и исследование плевральной жидкости: оценка физических и химических свойств (определение белка, лактатдегидрогеназы, лизоцима, глюкозы), цитологическое и бактериологическое исследование.

VII Консультация фтизиатра.

Arteriovenous malformation
- congenital vascular malformation

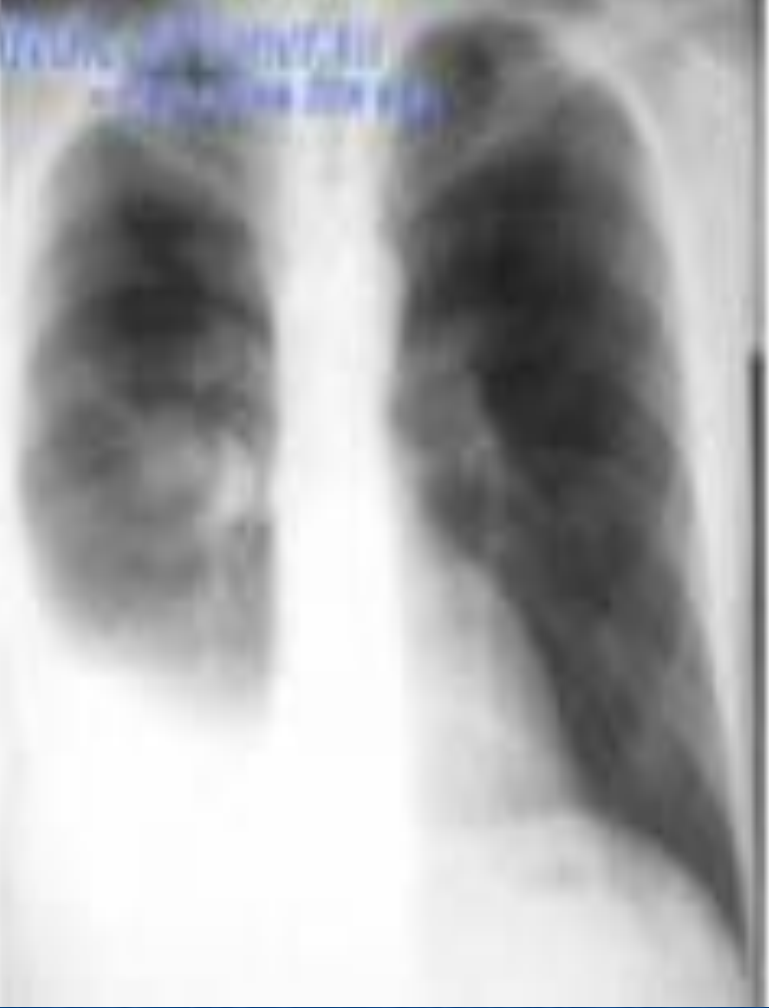




Таблица 8. Анализ плевральной жидкости при парапневмоническом плеврите

	Неосложненный парапневмонический выпот	Осложненный парапневмонический выпот	Эмпиема
рН	> 7,30	7,1–7,29	< 7,1
Глюкоза, моль/л	> 2,2	< 2,2	< 2,2
ЛДГ, ед/л	< 1000	Возможно > 1000	Обычно > 1000

Лечение

- Этиологическое
- НПВП
- Повышение общей реактивности организма, иммуномодуляторы
- Дезинтоксикация
- ДФК, массаж

- Эвакуация экссудата

Больной со злокачественной опухолью с синдромом плеврального выпота

Пункция плевральной полости

Не экссудат

Обследование и лечение
выпота другой
этиологии

Экссудат

Цитология +

Цитология -

Дальнейшее
обследование

Нет

Известна первичная
локализация

Да

Эвакуация выпота
и плевродез

Нет

Чувствительность к
химиотерапии

Да

Эвакуация выпота и
противоопухолевая
терапия

Повторная
пункция.
Нет
подтверждения

Терапевтика.
Открытая биопсия

Нет

Оценка и лечение
выпота другой
этиологии

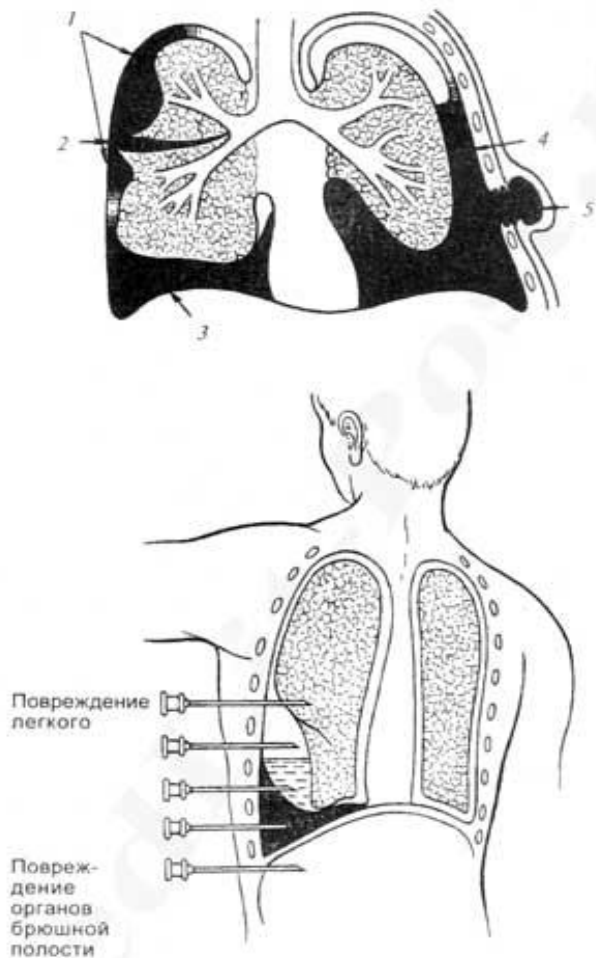


Рис. 4-5. Эмпиема плевры, возможные ошибки при пункции плевры.
 1 - осумкованная эмпиема;
 2 - междолевая эмпиема;
 3 - диафрагмальная эмпиема;
 4 - пиопневмоторакс;
 5 - empyema necessitatis.

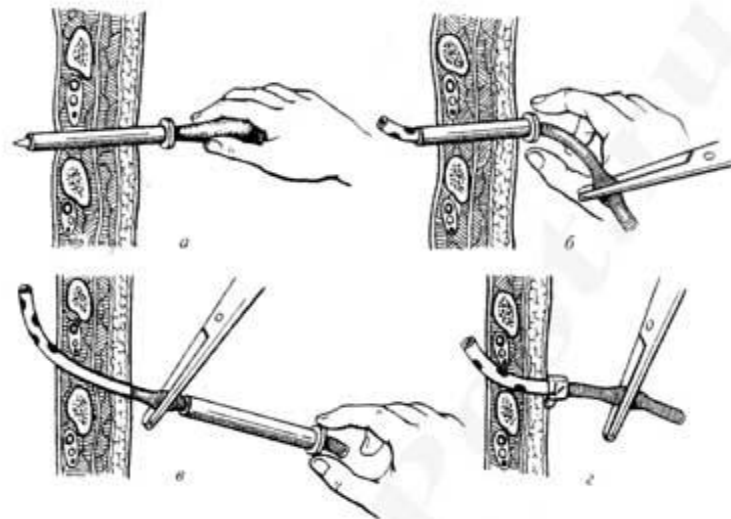


Рис. 6. Дренажирование плевральной полости при помощи троакара.
 а - пункция плевральной полости;
 б - проведение дренажа через канюлю троакара;
 в - удаление канюли троакара;
 г - фиксация дренажа.

гнойного плеврального содержимого с проточным орошением полости раствором антисептика через двухпросветные трубки (рисунок 7 на стр. 134).

Хроническая эмпиема плевры у больных сахарным диабетом подлежит оперативному лечению. Консервативная терапия малоэффективна и не способна излечить пациента от этого тяжелого заболевания. Операцию следует выполнять в специализированном отделении. Используют следующие методы операций:

1. открытый дренаж;
2. декортикация;
3. торакопластика.

Перитонит при сахарном диабете

Этиологии, особенностям клинической картины, диагностике, а также различным вариантам лечения больных с перитонитом на фоне сахарного диабета посвящено большое число публикаций как в отечественной, так и в зарубежной медицинской литературе. Этот вопрос интересует клиницистов по двум причинам: во-первых, сама проблема перитонита, как одного из

Благодарю за внимание!

