

Северо-казахстанский медицинский колледж

Лекция на тему: Плевриты. Туберкулез легких.
Неотложная помощь при легочном кровотечении.

Лектор: Романов Д.А.

Петропавловск, 2016

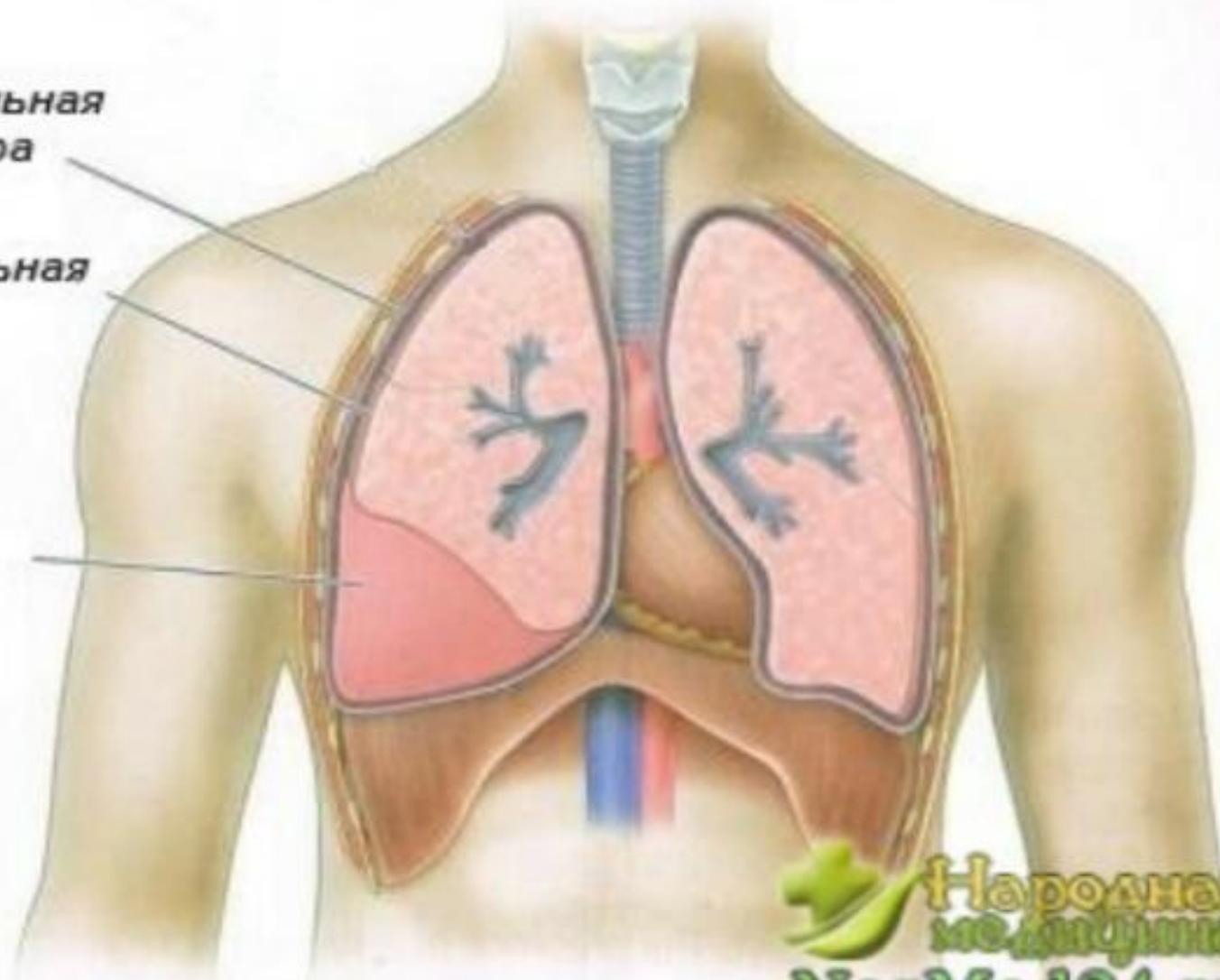
Плеврит

Плеврит (pleuritis) представляет собой воспаление плевральных листков, сопровождающееся накоплением в плевральной полости экссудата (*экссудативный плеврит, pleuritis exudativa*) или же выпадением на воспаленной поверхности плевры фибрина (*сухой, или фибринозный, плеврит, pleuritis sicca*).

Париетальная
плевра

Висцеральная
плевра

Плеврит
легкого



Этиология

- Плеврит не является самостоятельным заболеванием, а служит, как правило, проявлением или осложнением других заболеваний. Раньше 70—90% плевритов были обусловлены туберкулезом. В настоящее время, однако, в общей структуре плевритов на долю туберкулезных плевритов приходится, по разным данным, лишь 13—20%. Чаще всего (в 18—70% случаев) плевриты являются сейчас осложнением пневмонии.

У 15—22% больных плевриты являются результатом карциноматозного (первичного или, чаще, метастатического) поражения плевры при онкологических заболеваниях (рак легкого, мезотелиома плевры, рак молочной железы и др.). Плевриты могут встречаться также при травмах грудной клетки, эмболии легочной артерии (как следствие инфаркта легкого и инфарктной пневмонии), паразитарных заболеваниях (эхинококкоз, амебиаз). Иногда плевриты являются осложнением острого панкреатита. Подобные «сочувственные» плевриты могут возникать также как осложнение поддиафрагмального абсцесса. В ряде случаев плевриты развиваются в позднем периоде инфаркта миокарда (при синдроме Дресслера).

Классификация.

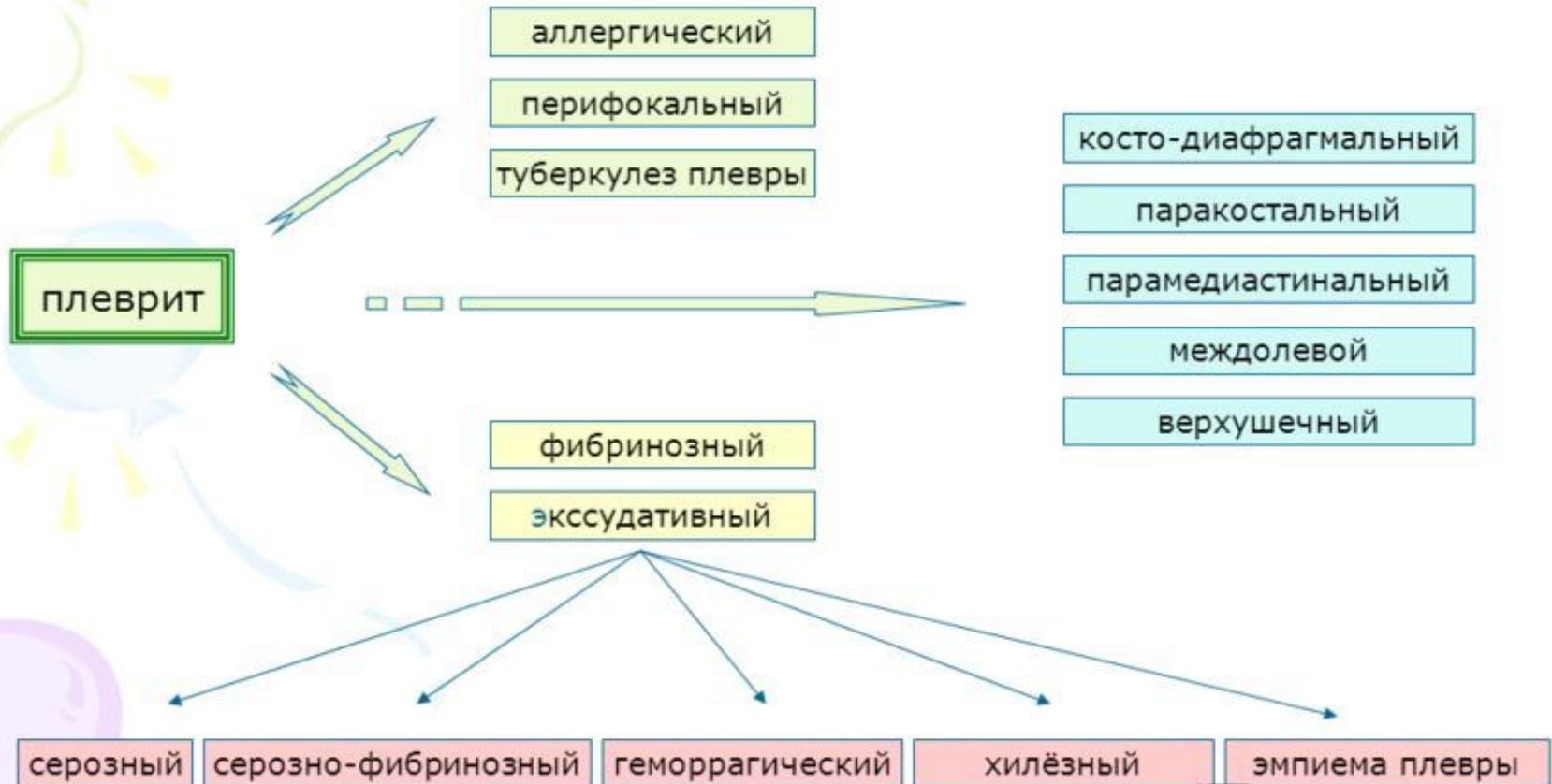
В зависимости от основного заболевания, приведшего к возникновению плеврита, различают пара- и метапневмонические плевриты, туберкулезные, ревматические, карциноматозные и другие плевриты.

По характеру экссудата выделяют фибринозные, серозно-фибринозные, серозные, гнойные, геморрагические плевриты. Так, серозные и серозно-фибринозные

плевриты встречаются при туберкулезе и ревматизме, геморрагические — при карциноматозе плевры, инфаркте легкого, гнойные — при эмпиеме плевры.

В зависимости от наличия или отсутствия ограничения плеврального экссудата выделяют диффузные и осумкованные плевриты.

Классификация



Сухой плеврит

Клиническая картина. Симптомы сухого плеврита могут дополнять клинические проявления основного заболевания (например, пневмонии) или же выходить на передний план. Больные жалуются **на колющие боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, кашле и уменьшающиеся при ограничении подвижности грудной клетки** (вынужденное положение на больном боку). В случае диафрагмального сухого плеврита боли могут иррадиировать в область передней стенки живота.

При осмотре больного можно отметить поверхностное дыхание, отставание при дыхании одной половины грудной клетки; при перкуссии определяется лишь некоторое уменьшение подвижности нижнего края легких на стороне поражения (если нет других симптомов, связанных с основным заболеванием).

Ведущим, а иногда и единственным объективным признаком сухого плеврита является шум трения плевры, выслушиваемый на фоне несколько ослабленного дыхания над зоной фибринозных наложений.

При рентгенологическом исследовании могут выявляться высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения, ограничение ее подвижности.

Экссудативный плеврит

Клиническая картина. Особенности клинических проявлений экссудативного плеврита также во многом зависят от характера основного заболевания.

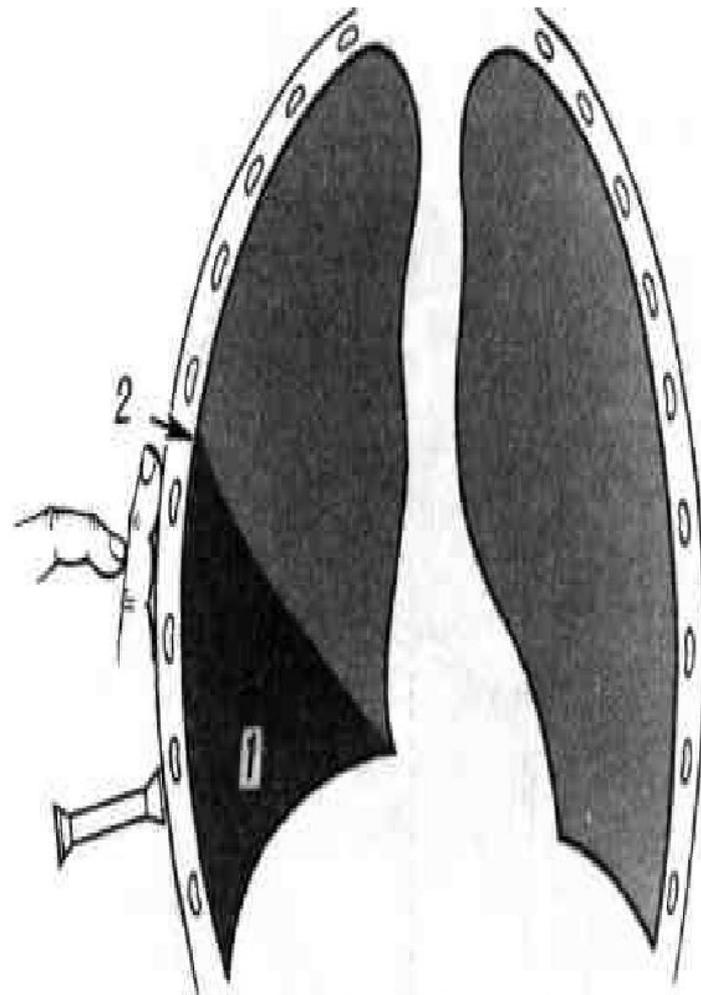
Больные жалуются на тяжесть (тупую боль) в боку, одышку, небольшой сухой кашель.

При гнойном плеврите (эмпиеме плевры) отмечаются *высокая лихорадка с ознобами, явления интоксикации.*

Плевриты, обусловленные опухолевым поражением плевры и характеризующиеся постепенным накоплением выпота в плевральной полости, могут протекать *малосимптомно.*

Рис. 36. Данные перкуссии и аускультации при экссудативном плеврите. При перкуссии определяется зона тупого звука; при аускультации не выслушиваются дыхательные шумы.

1—экссудат; 2—линия Эллиса—Дамуазо—Соколова.



При аускультации везикулярное дыхание в зоне экссудата резко ослабевает или не прослушивается совсем. Выше границы экссудата (в области треугольника Гарленда) определяют усиление голосового дрожания и бронхофонии, а также бронхиальный оттенок дыхания, что связано с уплотнением легочной ткани вследствие поджатая легкого.

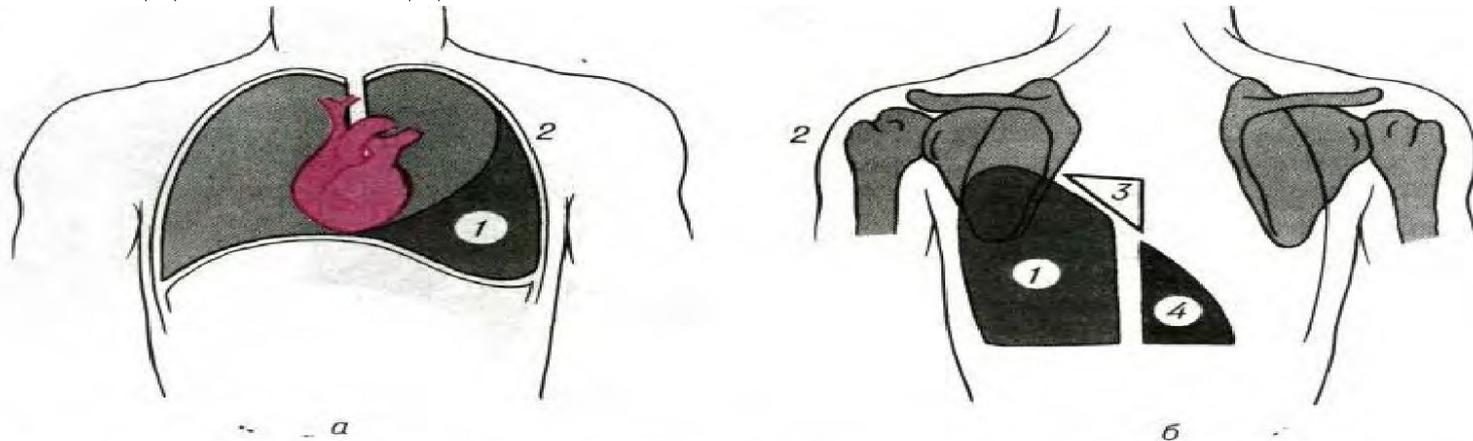


Рис. 37. Данные перкуссии и аускультации и расположение экссудата при левостороннем экссудативном плеврите.

a — вид спереди; *б* — вид сзади; 1 — экссудат; 2 — линия Эллиса—Дамуазо—Соколова; 3 — треугольник Гарленда; 4 — треугольник Грокко—Раухфуса.

При рентгенологическом исследовании
обнаруживают гомогенное затемнение с косым
расположением верхней границы

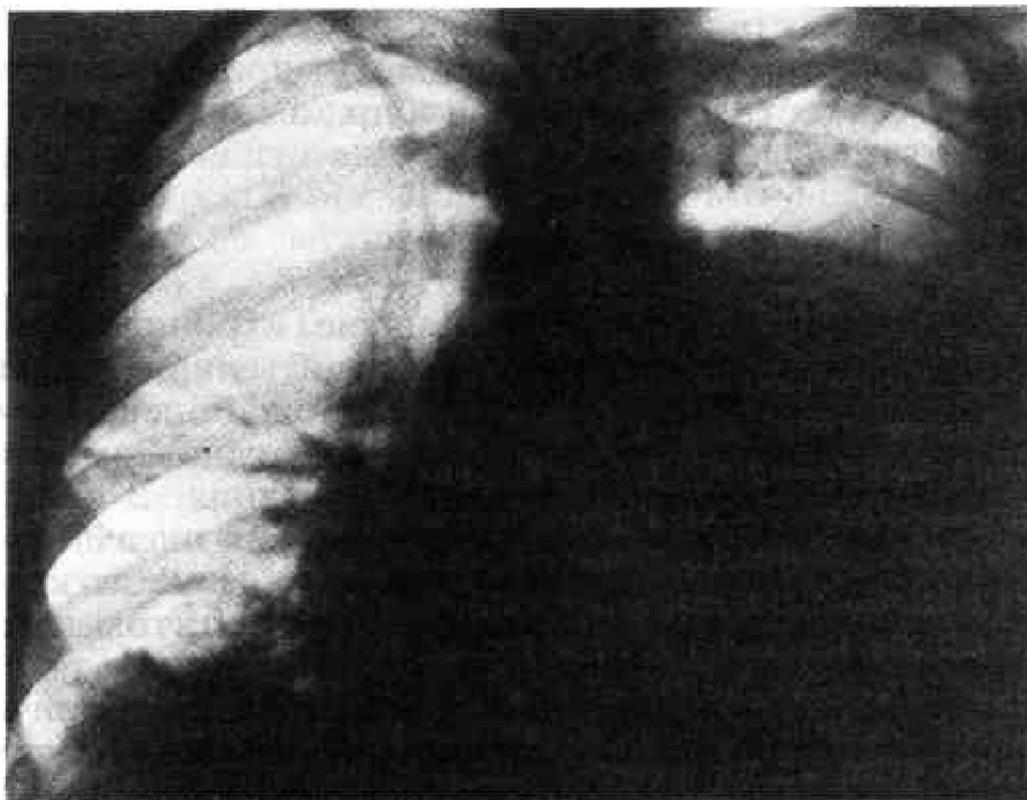


Рис. 38. Рентгенограмма.
Левосторонний экссудативный плеврит.

Изменения, выявляемые при экссудативном плеврите в анализе крови, зависят от этиологии заболевания.

При парапневмонических плевритах отмечают умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ.

В случае **гнойного плеврита** лейкоцитоз становится высоким и появляется резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

При туберкулезном плеврите обнаруживается относительный лимфоцитоз.

Более точно установить этиологию плеврита позволяет **плевральная пункция** с последующим тщательным лабораторным анализом пунктата, цитологическим исследованием, посевом на специальные среды и т. д. По показаниям применяют также **торакоскопию и биопсию плевры**.

Течение экссудативного плеврита зависит от его этиологии. Так, в случае проведения соответствующей терапии **ревматические плевриты подвергаются рассасыванию уже через 2—3 нед.** Более длительным и упорным течением характеризуются плевриты **туберкулезной этиологии.** Плевриты при онкологических заболеваниях отличаются прогрессирующим течением и плохим прогнозом. Достаточно серьезным является прогноз и при гнойном плеврите.

Нередко после перенесенного экссудативного плеврита остаются **спайки в плевральной полости**, ограничивающие подвижность диафрагмы на стороне поражения и дающие при аускультации **грубый шум трения плевры**, выслушиваемый в течение многих лет.

Болезнь со злокачественной опухолью с синдромом плеврального выпота

Пункция плевральной полости

Не экссудат

Обследование и лечение
выпота другой
этиологии

Экссудат

Цитология (+)

Цитология (-)

Известна первичная
локализация

Нет

Дальнейшее
обследование

Да

Чувствительность к
химиотерапии

Нет

Эвакуация выпота
и плевродез

Да

Эвакуация выпота и
противоопухолевая
терапия

Повторная
пункция.
Нет
подтверждения

Тераскпия.
Открытая биопсия

Нет

Оценка и лечение
выпота другой
этиологии

Лечение.

Лечение экссудативного плеврита зависит от его этиологии.

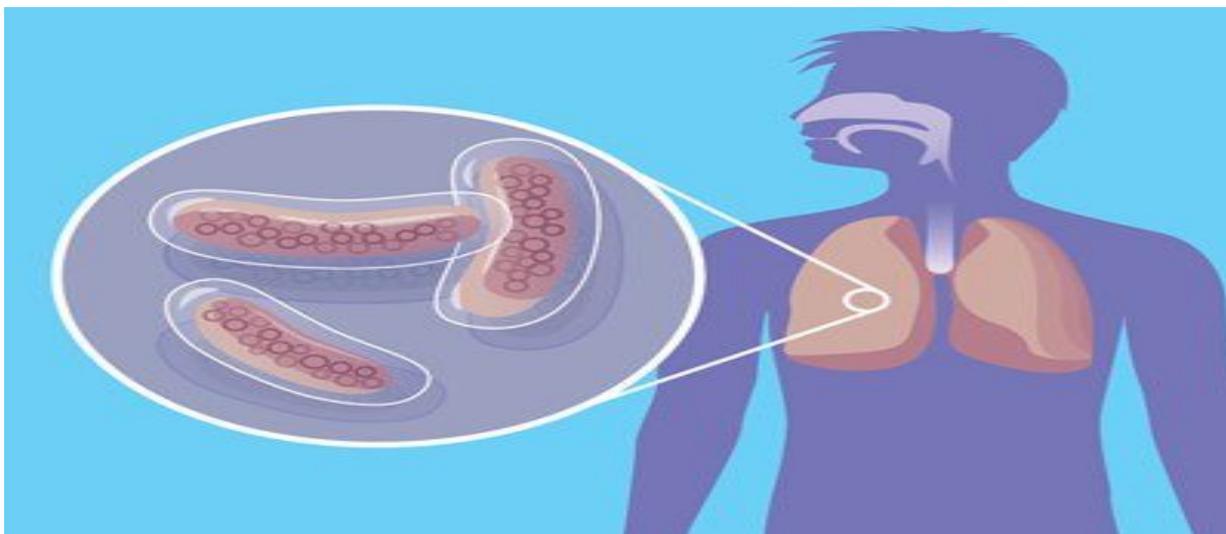
При пара- и метапневмонических плевритах проводят антибактериальную терапию, при ревматических плевритах применяют нестероидные противовоспалительные лекарственные средства, по показаниям — глюкокортикостероиды. В случае туберкулезного плеврита в течение нескольких месяцев проводят терапию изониазидом, рифампицином и стрептомицином.

С симптоматическими целями применяют анальгетики, сердечно-сосудистые, мочегонные средства, а в период рассасывания, при отсутствии противопоказаний — физиотерапевтические методы, лечебную физкультуру.

В случае недостаточно быстрого рассасывания экссудата и скопления его в большом количестве прибегают к плевральной пункции.

Туберкулез

- Туберкулез – инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза (палочка Коха), очень устойчива во внешней среде, особенно в темноте, холоде.

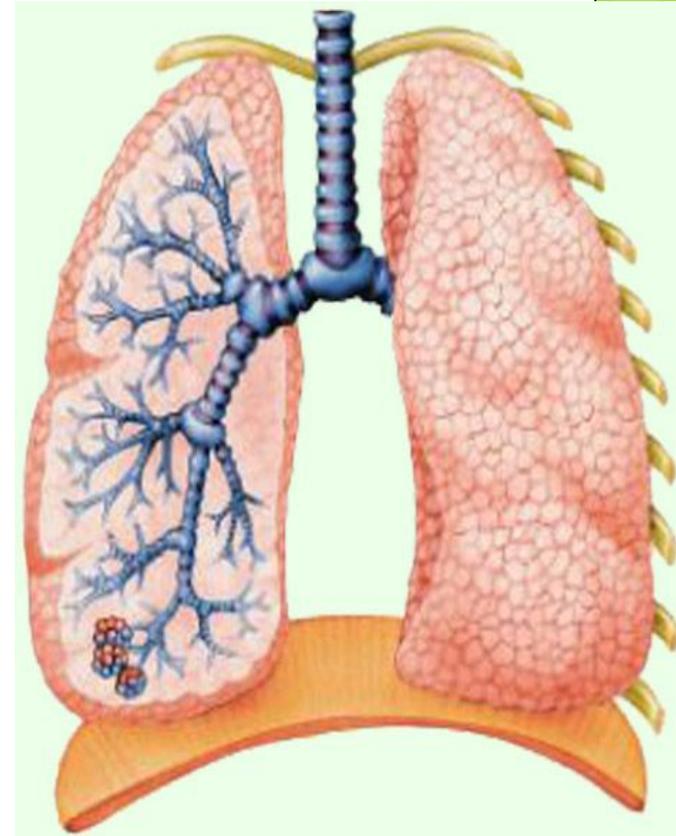


Классификация

А. Легочный туберкулез

(формы):

1. Первичный комплекс
 2. Туберкулез бронхиальных желез
 3. Острый милиарный туберкулез
 4. Подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких
 5. Очаговый туберкулез легких
 6. Инфильтративный туберкулез легких:
 - инфильтрирование;
 - инфильтраты
 7. Творожистая пневмония
 8. Хронический фибрознокавернозный туберкулез легких
 9. Цирроз легких
 10. Плеврит
- Б. Внелегочный туберкулез
- В. Хроническая туберкулезная интоксикация у детей

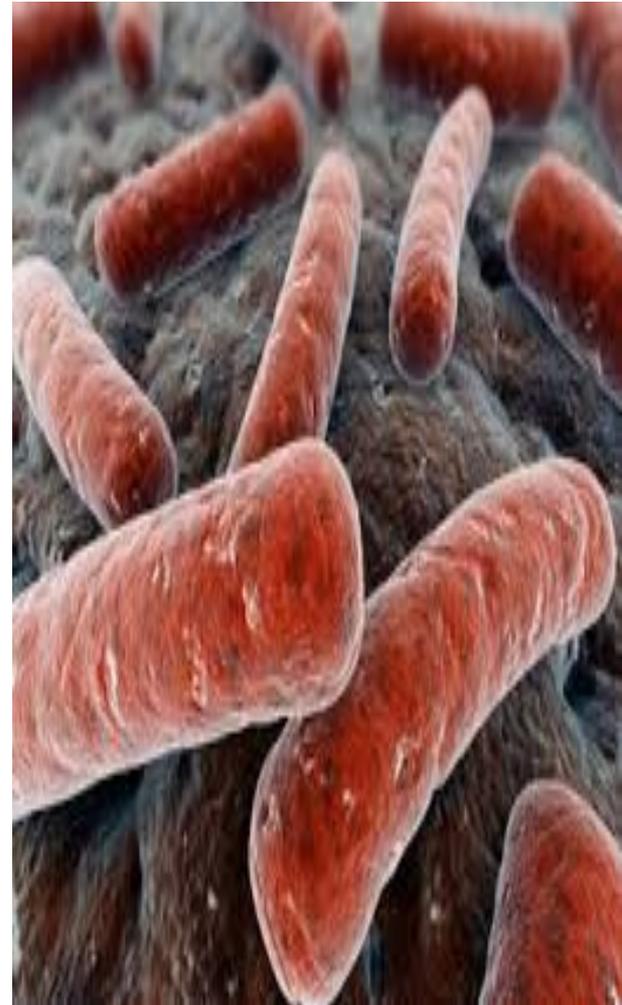


Инфицирование происходит воздушно-капельным путем от больного человека, при этом вероятность развития заболевания составляет 5%, для чего **необходимы следующие условия:**

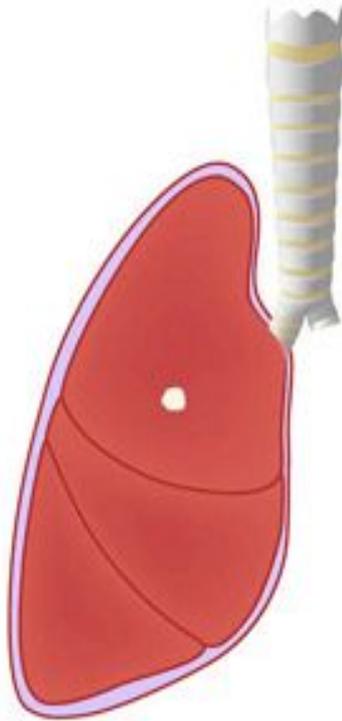
- 1) достаточный объем инфицирующей дозы;
- 2) снижение защитных сил организма:
 - голодание или недостаточность питания;
 - курение;
 - злоупотребление алкоголем;
 - хронические заболевания, сопровождающиеся иммуносупрессией (СД, СПИД, лейкозы и др.);
 - стресс и депрессия.

Вероятность заболевания увеличивается при длительном близком контакте с больным в плохо проветриваемом помещении (тюрьма, казарма, больничная палата, в кругу семьи).

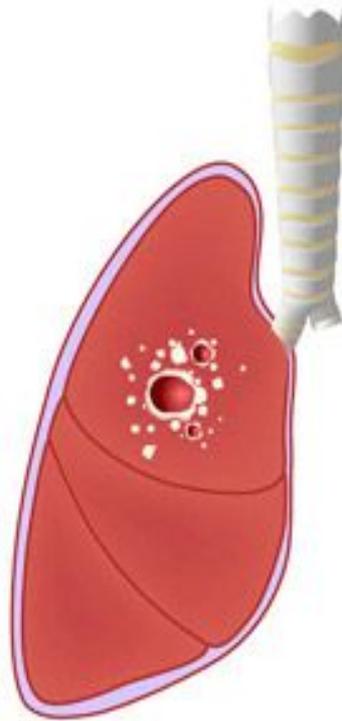
Первичный очаг туберкулеза, как правило, располагается **в легком.** При гематогенном распространении микобактерий (милиарный туберкулез) могут поражаться различные органы и ткани человека: здоровые участки легкого, глаза, кости, кожа, мочеполовая система, кишечник и др.



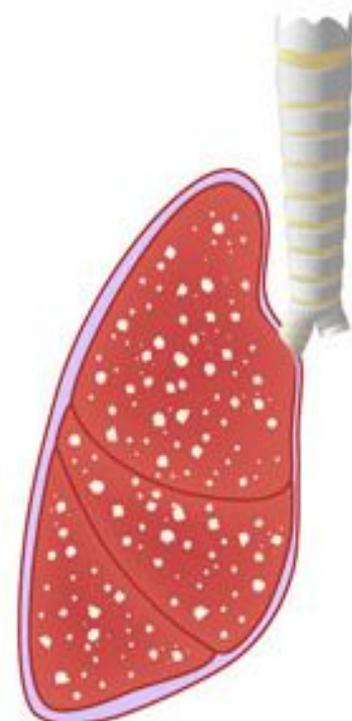
Стадии развития туберкулеза



**Первичное
туберкулезное
инфицирование**



**Латентная
(скрытая)
инфекция**

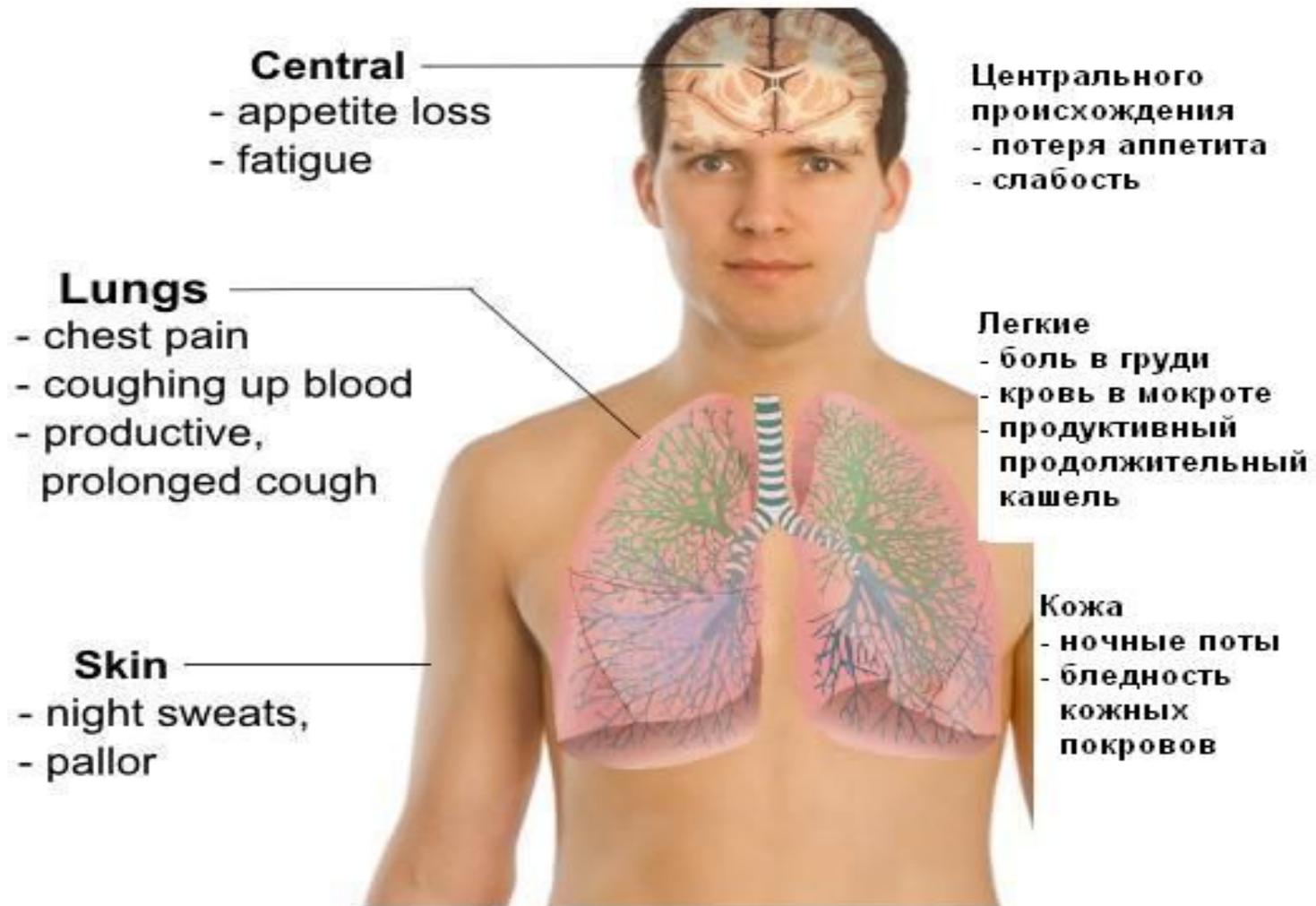


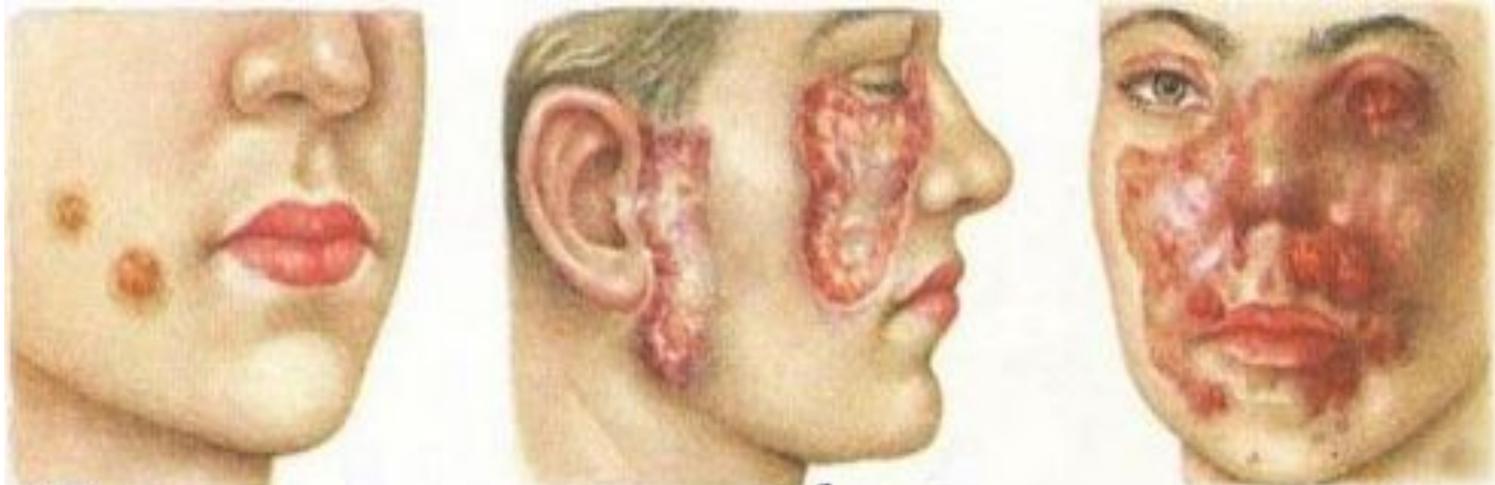
**Рецидивирующий
туберкулез**

Клиническая картина

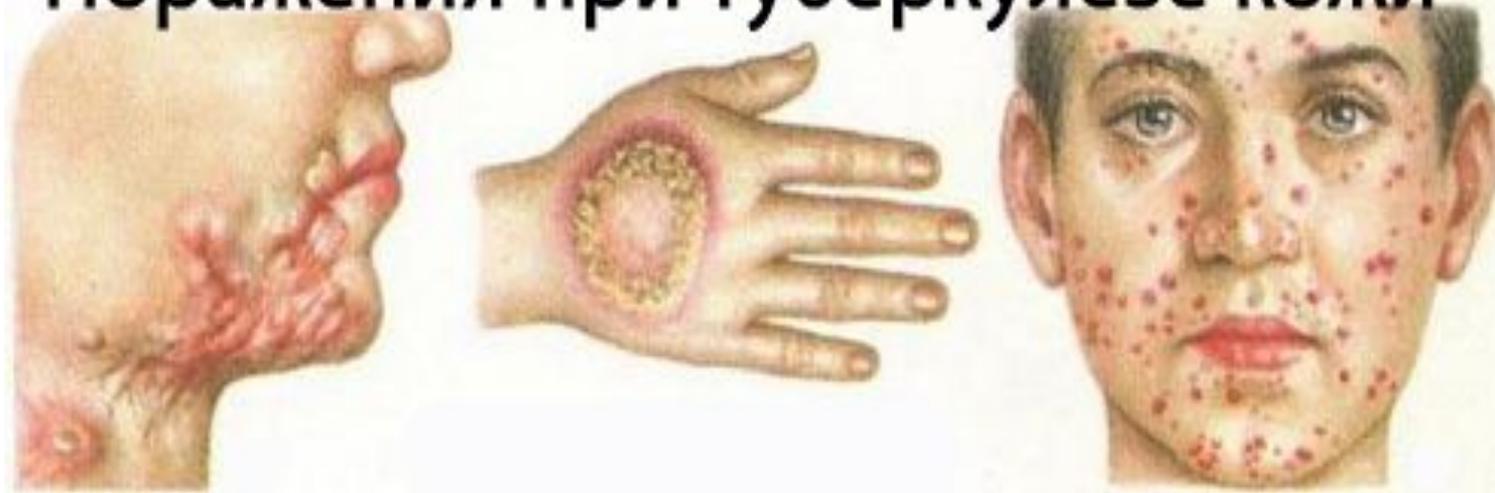
Больной резко теряет в весе (5–10 кг и более), ощущает слабость, разбитость. Его беспокоят потливость, особенно по ночам, снижение работоспособности, отсутствие аппетита. Характерно повышение температуры до субфебрильных цифр, особенно к вечеру. При дальнейшем развитии туберкулезного процесса больного могут начать беспокоить кашель, кровохарканье, боли в груди.

Основные симптомы туберкулеза легких





Поражения при туберкулезе кожи



Диагностика

- 1. Мазок мокроты на микобактерии туберкулеза с окраской по Цилю–Нильсену** троекратно (возможен отрицательный результат при закрытых формах заболевания).
- 2. Рентгенологическое исследование.**
- 3. Посев мокроты** (рост микобактерии ожидают 2–3 мес), важно для определения чувствительность к антибиотикам.
- 4. Полимеразная цепная реакция на выявление дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) микобактерий туберкулеза** (в 6,4 раза эффективнее бактериоскопического и бактериологического методов).
- 5. Реакция Манту** (реакция гиперчувствительности замедленного типа на подкожное введение туберкулина) – после виража туберкулиновых проб в первые 2 года заболевают 5 человек из 100.

Лечение

Проводят непрерывную комбинированную (4–5 препаратов одновременно) антибиотико- терапию в течение **6–24 мес** под наблюдением врача.

Терапией первого ряда является стандартная схема DOTS (рифампицин, изониазид, пирази-намид, этамбутол, стрептомицин) под контролем анализа мазка мокроты.

В течение 3 мес должны уменьшиться симптомы болезни и прекратиться выделение микобактерии по анализу мокроты.

Алгоритм неотложной доврачебной помощи при кровохаркании или лёгочном кровоотечении

1. Немедленный вызов врача (“Скорой помощи”)
 2. Уложить пациента с возвышенным изголовьем
 3. Запретить двигаться, разговаривать, кашлять, принимать горячую пищу, горячую ванну.
 4. Успокоить, обучить методике мышечной релаксации, психический покой.
 5. Пузырь со льдом на грудную клетку.
 6. Контроль характера мокроты, пульса, АД.
- Приготовить: викасол, аминокапроновую кислоту

Литература

Основная литература:

Внутренние болезни: учебник в 2-х т. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.- М.,2009. Т.1-672с., Т.2-592 с.

Пропедевтика внутренних болезней 4-е издание Мухин Н.А., Моисеев В.С. – М.,- 2009. – 848с.

Основы сестринского дела: учебное пособие. Островская И.В., Широкова Н.В. –М., 2008. – 320 с.

Дополнительная литература:

Внутренние болезни. Федюкович Н.И. – Ростов на Дону, «Феникс», 2008.

Основы сестринского дела. Ситуационные задачи: практикум: учебное пособие. Морозова Г.И. – М., 2009. -240 с.

Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Смолева Э.В. – Ростов на Дону, «Феникс», 2005.