

ПЛЕВРИТЫ

**доцент кафедры внутренних болезней
и фтизиатрии,
к.м.н. Арсеничева О.В.**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

клинико-морфологический синдром, характеризующийся воспалением листков плевры с образованием на их поверхности фибрина (сухой плеврит) или скоплением в полости плевры жидкости (экссудативный плеврит).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- **Истинных статистических данных по распространенности плевральных экссудаций нет, так как плевриты в большинстве случаев регистрируются под рубрикой основного заболевания.**
- **Встречается у 5-10% больных терапевтических стационаров.**
- **В 20% случаев причина остается неясной.**

ЭТИОЛОГИЯ

ИНФЕКЦИОННЫЕ:

I. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ: микобактерии туберкулеза.

II. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ:

1) **бактериальные** (пневмококк, стрептококк, стафилококк, гемофильная палочка, клебсиелла, синегнойная палочка, брюшнотифозная палочка, бруцеллы и др.);

2) **риккетсии;**

3) **грибковые** (аспергиллы);

4) **паразитарные** (эхинококки, амебы)

5) **вирусные** (аденовирус).

II. НЕИНФЕКЦИОННЫЕ:

1) неопластические (мезотелиома; метастазы злокачественной опухоли в плевру, в частности, при метастазах рака яичников (синдром Мейгса – плеврит и асцит при карциноме яичников); лимфогранулематоз, лимфосаркома, гемобластозы и др.);

2) аутоиммунные (системные заболевания соединительной ткани, ревматоидный артрит, системные васкулиты, саркоидоз; инфаркт миокарда (синдром Дресслера));

3) инфаркт-пневмония при ТЭЛА;

4) метаболические (уремия, микседема);

5) травматические (ранения грудной клетки, перелом ребер, оперативные вмешательства);

6) заболевания ЖКТ (панкреатит, поддиафрагмальный абсцесс печени, перфорация желудка, пищевода);

7) лекарственные (амиодарон, метотрексат, гидролазин, нитрофураны, сульфаниламиды и др.);

8) диспротеинемические (цирроз печени, белковое голодание, нефротический синдром);

9) нарушения целостности плевральных листков (спонтанный пневмоторакс, хилоторакс, гемоторакс);

10) радиационный.

КЛАССИФИКАЦИЯ

I. По этиологии (см. выше).

II. Наличию выпота:

1. Фибринозный(сухой)
2. Выпотной (экссудативный)
3. Слипчивый (адгезивный)

III. По характеру экссудата:

- фибринозные (сухие)
- серозно-фибринозные
- серозные
- гнойные
- геморрагические
- гнилостные
- эозинофильные
- холестериновые
- хилезные

IV. По течению:

1. Острый.
2. Подострый
3. Хронический
4. Рецидивирующий

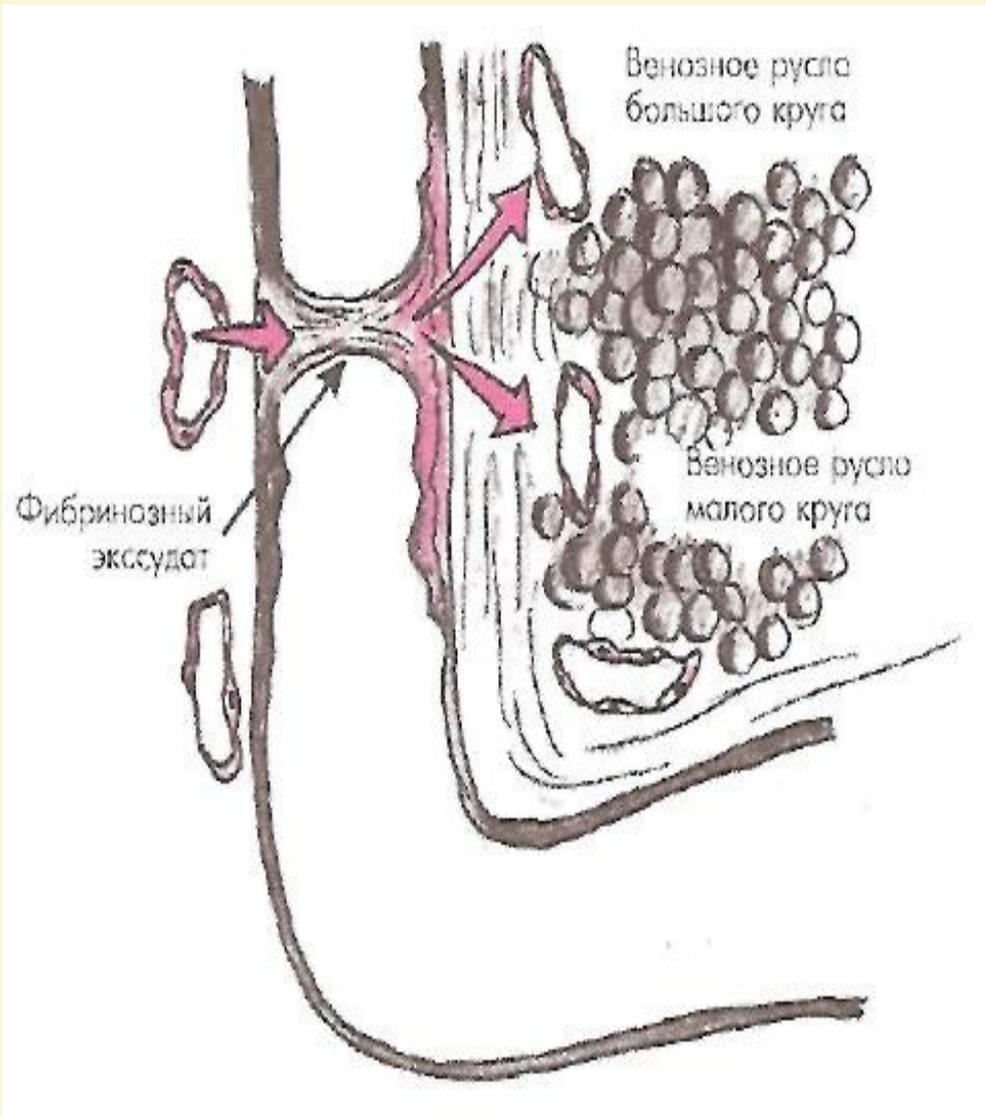
IV. По распространенности:

1. Диффузный
2. Осумкованный (верхушечный, пристеночный, костодиафрагмальный, диафрагмальный, междолевой)

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

- инвазия инфекционных возбудителей в плевральную полость непосредственно из инфекционных очагов, расположенных в легочной ткани, а также лимфогенным, гематогенным или прямым путем;
- развитие воспалительных изменений, обусловленных прямым цитотоксическим воздействием (вируса или иного инфекционного агента), иммуноопосредованным повреждением (в том числе гиперергическим и аутоиммунным) или их сочетанием;
- контактное воспаление и прорастание опухолевой ткани из соседних органов;
- асептическая воспалительная реакция на действие токсических веществ.

ПАТОГЕНЕЗ СУХОГО ПЛЕВРИТА

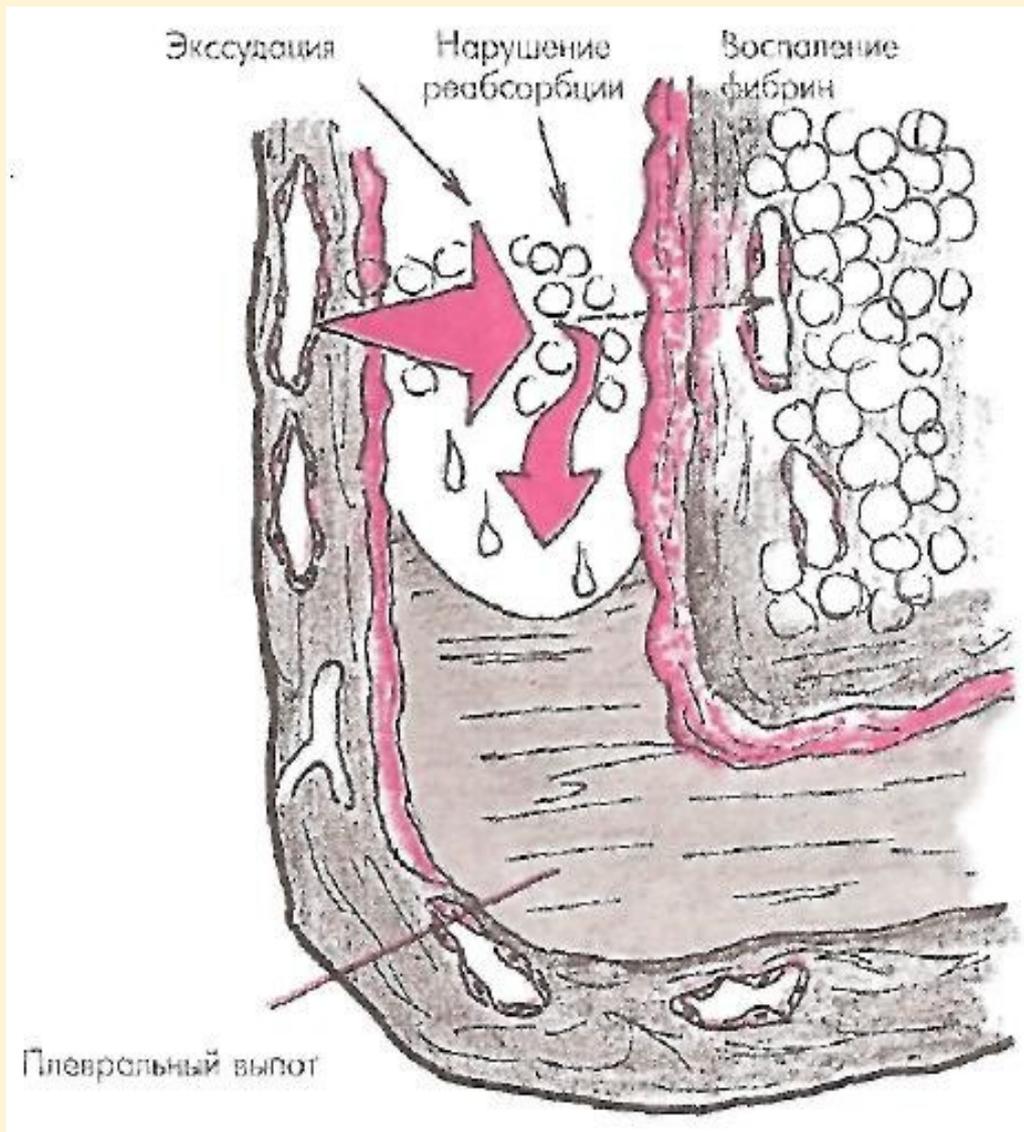


- В большинстве случаев сухой плеврит является лишь первой начальной стадией экссудативного плеврита.

- В первые сутки происходит расширение лимфатических капилляров, повышение проницаемости сосудов, отек плевры, клеточная инфильтрация субплеврального слоя, наблюдается умеренный выпот в плевральную полость.

- При небольшом количестве выпота и хорошо функционирующих лимфатических «люках» жидкая часть выпота всасывается и на поверхности плевральных листков остается

ПАТОГЕНЕЗ ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА



- резкое повышение проницаемости кровеносных капилляров висцерального и париетального листков плевры и образование большого количества воспалительного экссудата;

- увеличение онкотического давления в полости плевры в связи с наличием белка в воспалительном экссудате;

- сдавление лимфатических капилляров обоих плевральных листков и лимфатических «люков» париетальной плевры и закрытие их пленкой выпавшего фибрина;

КЛИНИКА СУХОГО ПЛЕВРИТА

ЖАЛОБЫ.

1) БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

- острый характер,
- достаточно интенсивны.
- усиливаются при глубоком вдохе, кашле и наклоне в здоровую сторону,
- несколько ослабевают при фиксации пораженной половины грудной клетки,
- локализация болей и их иррадиация зависят от локализации процесса

2) СУХОЙ КАШЕЛЬ

- носит рефлекторный характер
- появляется или усиливается при глубоком дыхании, поворотах туловища, наклонах в здоровую сторону,
- сопровождается усилением или появлением острой плевральной боли в грудной клетке

3) ОБЩЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ

- общая слабость, повышение температуры тела

КЛИНИКА СУХОГО ПЛЕВРИТА

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- ✓ Вынужденное положение больного: предпочитает лежать на стороне пораженного легкого, прижимая руками наиболее болезненный участок грудной клетки.

Это позволяет несколько ограничить дыхательную экскурсию легкого и листков плевры и уменьшить боль.

- ✓ Учащенное поверхностное дыхание, поскольку при таком дыхании боли уменьшаются.

- ✓ Заметно отставание пораженной половины грудной клетки в связи с болевыми ощущениями.

КЛИНИКА СУХОГО ПЛЕВРИТА

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- ✓ При пальпации грудной клетки в месте локализации воспалительного процесса можно пропальпировать шум трения плевры (под рукой при дыхании ощущается «хруст снега»).
- ✓ При аускультации легких в проекции локализации воспаления плевры определяется шум трения плевры. Выслушивается при вдохе и выдохе и напоминает «хруст снега под ногами», «скрип новой кожи» или «шелест бумаги, шелка». Возникает вследствие трения листков плевры, на которых имеются отложения фибрина и поверхность которых становится шероховатой.

КЛИНИКА ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

ЖАЛОБЫ.

1) БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

с появлением выпота в плевральной полости боли в грудной клетке ослабевают или исчезают в связи с тем, что плевральные листки разъединяются жидкостью

2) СУХОЙ КАШЕЛЬ

носит рефлекторный характер

3) ЧУВСТВО ТЯЖЕСТИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

4) ОДЫШКА

3) ОБЩЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ

значительное повышение температуры тела, слабость, потеря аппетита, головная боль

КЛИНИКА ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

СИНДРОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

- ✓ Вынужденное положение больного: предпочитает лежать на стороне пораженного легкого. При очень больших выпотах больные занимают полусидячее положение.
- ✓ Цианоз и набухание шейных вен, так как большое количество жидкости в плевральной полости затрудняет отток крови из шейных вен.
- ✓ Учащенное поверхностное дыхание.
- ✓ Заметно отставание пораженной половины грудной клетки в связи с болевыми ощущениями.
- ✓ Увеличение объема грудной клетки на стороне поражения, сглаженность или выбухание межреберных промежутков.
- ✓ Отечность и более толстая складка кожи в нижних отделах грудной клетки на стороне поражения по сравнению со здоровой стороной (симптом Винтриха).

КЛИНИКА

ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

СИНДРОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ

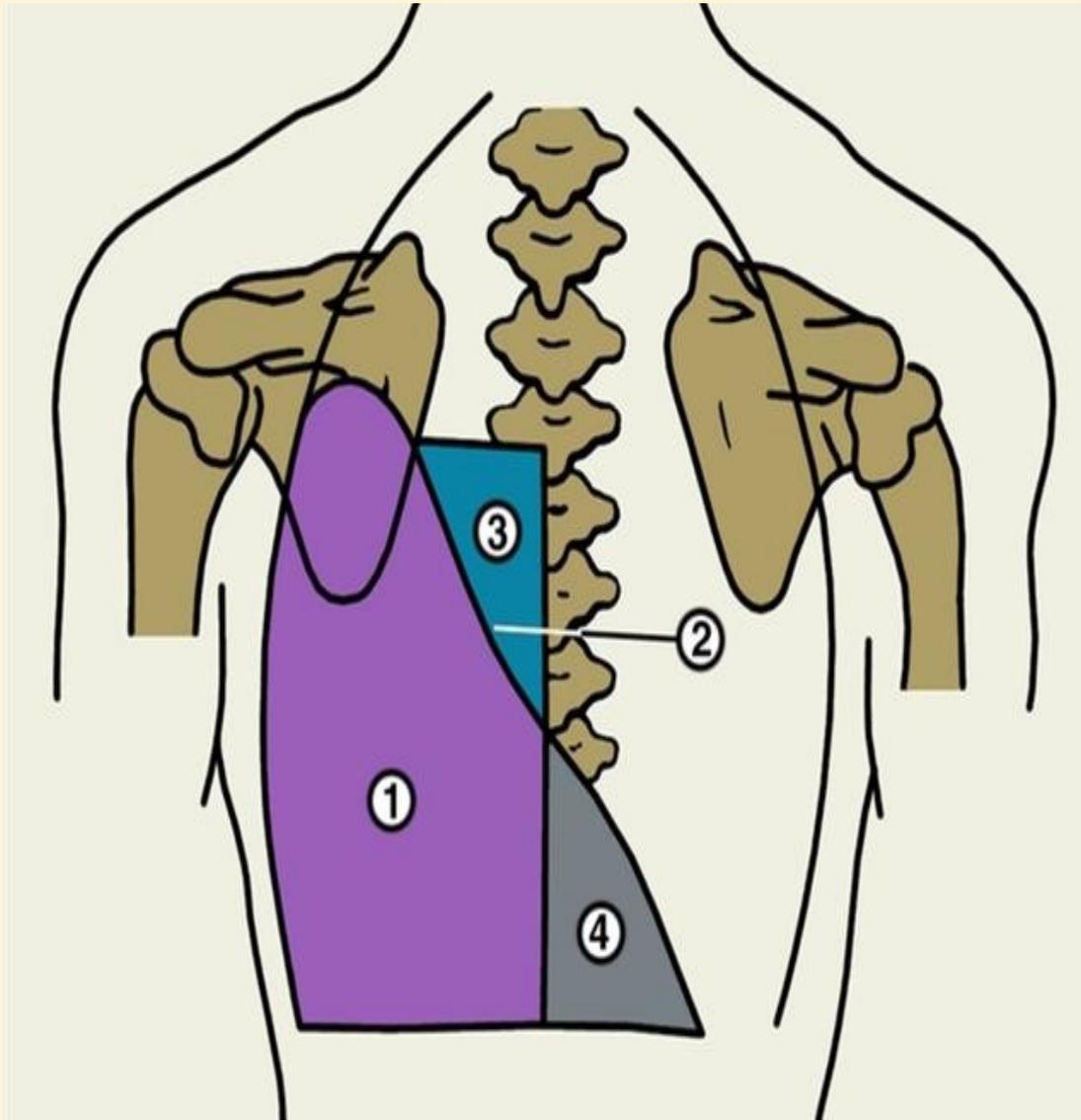
✓ Тупой перкуторный звук над зоной выпота.

С помощью перкуссии можно определить наличие жидкости в плевральной полости, если ее количество не менее 300-400 мл.

Повышение уровня притупления на одно ребро соответствует увеличению количества жидкости на 500 мл.

Характерна выраженная тупость перкуторного звука («тупой бедренный звук»), нарастающая книзу.

СИНДРОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА ПЕРКУССИЯ ЛЕГКИХ



**1 – плевральный
выпот** (тупой звук);

**2 – линия Соколова-
Эллиса-Дамуазо**
(верхняя граница тупости
проходит от позвоночника
кверху кнаружи до лопаточной
или задней подмышечной
линии и далее кпереди косо
вниз).

**3 - треугольник
Гарлянда** - область
компрессионного
ателектаза легкого
(тимпанит)

**4 - треугольник
Кораньи-Раухфуса-
Грокко** - смещенное
средостение в здоровую
сторону (притупление
горизонтального звука)

КЛИНИКА

ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

СИНДРОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ

- ✓ При больших объемах выпота **везикулярное дыхание не прослушивается**, так как легкое поджато жидкостью и его экскурсии резко снижены или даже отсутствуют.
- ✓ При небольшом количестве жидкости в полости плевры может выслушиваться **резко ослабленное везикулярное дыхание**.
- ✓ При большом выпоте легкое сдавливается настолько, что просвет альвеол совершенно исчезает, легочная паренхима становится плотноватой и при сохраненной бронхиальной проходимости начинает выслушиваться **бронхиальное дыхание**.

ДИАГНОСТИКА

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- **общий анализ крови**
(нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость лейкоцитов, резкое увеличение СОЭ. У многих больных обнаруживается умеренно выраженная анемия нормохромная или гипохромная),
- **общий анализ мочи**
(в разгар болезни у части больных обнаруживаются небольшая протеинурия, единичные эритроциты, клетки почечного эпителия),
- **биохимический анализ крови**
(диспротеинемия: снижение уровня альбумина и увеличение α_1 и α_2 – глобулинов, повышение С-реактивного белка),
- **микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты**
 - исследование мокроты на ВК
 - RW, кровь на ВИЧ, вирусные гепатиты В и С

ДИАГНОСТИКА

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

ИССЛЕДОВАНИЯ:



Грудной полости

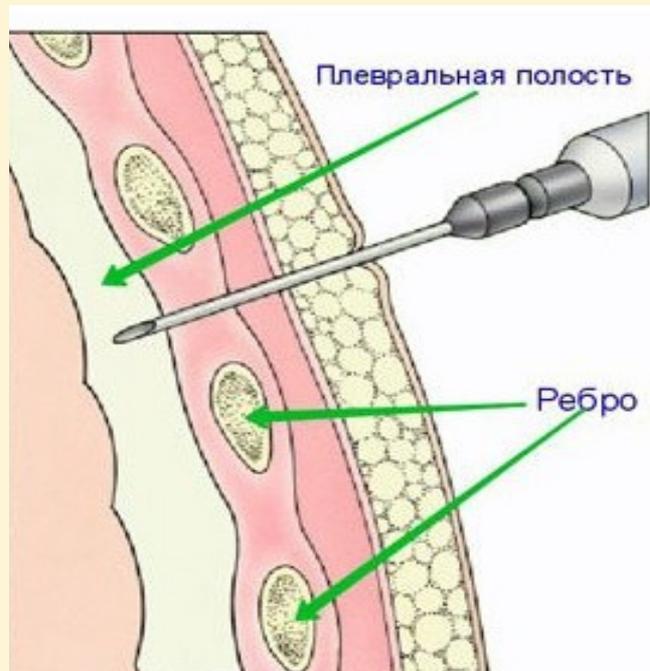
- Гомогенное затемнение легочной ткани с косым верхним уровнем жидкости.
- Выявляется количество жидкости не менее 300-400 мл.

- УЗИ грудной клетки
- КТ грудной клетки

(позволяют выявить небольшое количество жидкости в плевральной полости)

ДИАГНОСТИКА

▪ ТОРАКОЦЕНТЕЗ



- Обязательно выполнять пациентам с экссудативным плевритом.
- Проводится в 7 межреберье по задней аксиллярной линии по верхнему краю нижележащего ребра.
- Позволяет подтвердить наличие плеврального выпота, выполнить цитологическое и биохимическое исследование пунктата и провести его дифференциальную диагностику.

ДИАГНОСТИКА

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

ИССЛЕДОВАНИЯ:

- Пульсоксиметрия
- Спирометрия
- Фибробронхоскопия + лаваж
- ЭКГ
- ЭхоКГ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

Признак	<u>Экссудат</u>	<u>Транссудат</u>
Локализация	Односторонний	Чаще двухсторонний
Плотность	Более 1018	Менее 1015
Белок	Более 30,0 г/л	Менее 20,0 г/л
Цвет	Темно-желтый, янтарный	Светло-желтый
Прозрачность	Чаще мутный	Прозрачный
Проба Ривольта	Положительная	Отрицательная
Содержание ЛДГ	Повышено (более 1,6 ммоль/л.ч)	Понижено (менее 1,6 ммоль/л.ч)
Уровень глюкозы	Менее 3,33 ммоль/л	Более 3,33 ммоль/л
Цитология	Лейкоциты, лимфоциты, опухолевые клетки, LE-клетки и др.	Мезотелий

ЛЕЧЕНИЕ

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

(ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ)

- Если туберкулезная этиология, проводится специфическая противотуберкулезная терапия.
- При пневмонии назначается антибактериальная терапия по возбудителю.
- При системных заболеваниях соединительной ткани лечение иммунодепрессантами и кортикостероидами.

ЛЕЧЕНИЕ

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

➤ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА:

❖ НПВС

- диклофенак 75-100 мг/сут
- метамизол натрия по 0,5 г 2-3 раза в сутки
- парацетамол по 0,25-0,5 г 2 раза в сутки

❖ ГКС (при торпидном течении экссудативного плеврита с недостаточно быстрым рассасыванием выпота)

- преднизолон 10-20 мг/сут

ЛЕЧЕНИЕ

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

➤ **ГИПОСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ**

- супрастин 25 мг 3-4 раза в сутки

➤ **ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ**

- гемодез, раствор Рингера, 5% раствор глюкозы

➤ **КОРРЕКЦИЯ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА**

- альбумин, нативная и свежезамороженная плазма

➤ **ПОВЫШЕНИЕ ОБЩЕЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ**

(при затяжном течении плеврита)

- иммуноглобулины

ЛЕЧЕНИЕ

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

➤ ПРОТИВОКАШЛЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

(при сухом кашле)

- либексин 100 мг 3-4 раза в сутки
- кодеин

➤ ОТХАРКИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

(при влажном кашле)

- амброксол 30 мг 3 раза в сутки

➤ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА

(при гипохромной анемии)

➤ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ СРЕДСТВА

- кеторол
- трамадол

ЛЕЧЕНИЕ

ЭВАКУАЦИЯ ЭКССУДАТА

- ✓ Преследует две цели:
 - предупреждение развития эмпиемы;
 - устранение функциональных расстройств, связанных со сдавлением жизненно важных органов.

- ✓ Плевральную жидкость эвакуируют при больших экссудатах, вызывающих одышку, смещение сердца или если граница тупости доходит спереди до II ребра.

- ✓ Следует удалять одномоментно не более 1,5 л жидкости во избежание коллапса.

ЛЕЧЕНИЕ

ФИЗИОТЕРАПИЯ

- ✓ В ранней стадии фибринозного плеврита рекомендуются **полуспиртовые согревающие компрессы, электрофорез с хлоридом кальция.**
- ✓ При экссудативном плеврите физиотерапия проводится в фазе разрешения (рассасывания экссудата) с целью **быстрейшего исчезновения экссудата, уменьшения плевральных спаек.** Рекомендуются **электрофорез с хлоридом кальция, гепарином, ДМВ, парафинотерапия.**

ЛФК, МАССАЖ

- ✓ После стихания острых явлений показан **ручной и вибрационный массаж грудной клетки.**

ПРОГНОЗ

- ✓ **Сухие (фибринозные) и экссудативные (негнойные) плевриты при правильной лечебной тактике практически никогда не определяют прогноз основного заболевания, осложнением или проявлением которого они являются.**
- ✓ **Гнойные плевриты резко отягощают состояние больных и имеют самостоятельное прогностическое значение.**
- ✓ **В целом прогноз при эмпиеме плевры следует всегда считать серьезным.**