

Тема Лекции «Плеврит»

План лекции:

1. Определение плевритов
2. классификация плевритов.
3. Клиническая картина
4. Диагностика плевритов.
5. Лечение плевритов.

Текстовый материал лекции.

Плеврит - воспалительное заболевание листков плевры, которое характеризуется отложением фибрина на их поверхности (фибринозный или сухой плеврит), или накоплением жидкости в плевральной полости (экссудативный плеврит).

В норме плевра представляет собой тонкую прозрачную оболочку. Наружный листок плевры покрывает внутреннюю поверхность грудной клетки (париетальная плевра), а внутренний - легкие, органы средостеня и диафрагму (висцеральная плевра). Между листками плевры в нормальных условиях содержится небольшое количество жидкости.

Классификация.

По характеру выпота:

- сухой (фибринозный);
- экссудативный плеврит (с серозным, серозно-фибринозным, фибринозным, гнойным, геморрагическим, хилезным, холестериновым выпотом).

По объему поражения:

- левосторонний;
- правосторонний;
- двусторонний.

По течению:

- острые;
- подострые;
- хронические.

Воспалительные плевриты можно условно разделить на:

- гнойно-воспалительные — инфекционные (бактериальные, грибковые и др.);
- паразитарные (амебиаз, эхинококкоз, парагонимоз и др.);
- ферментогенные (панкреатогенный).

Аллергические или аутоиммунные:

- экзогенный аллергический альвеолит;

— лекарственная аллергия.

При ревматических заболеваниях:

— системная красная волчанка;

— ревматоидный артрит;

— ревматизм и др.

Травматические — лучевая терапия, ожоги и др.

Застойные выпоты (нарушение крово — и лимфообращения) характерны для сердечной недостаточности различного генеза и тромбоэмболии легочной артерии.

Диспротеинемические выпоты (снижение коллоидно-осмотического давления плазмы крови) встречаются при нефротическом синдроме, циррозе печени, микседеме и др.

Опухолевые плевриты являются проявлением первичной опухоли плевры (мезотелиома), метастазов, лейкозов.

Выпоты при нарушении целостности плевральных листков бывают при спонтанном гемо — и пневмотораксе, спонтанном хилотораксе.

Причины плеврита

В зависимости от причины возникновения все плевриты делятся на две группы: инфекционные и неинфекционные. Инфекционные плевриты связаны с жизнедеятельностью болезнетворных организмов. Возбудителями инфекционного плеврита могут стать:

- бактерии (пневмококк, стрептококк, стафилококк, гемофильная палочка).
- микобактерии туберкулеза.
- простейшие, например, амёбы.
- грибки.
- паразиты, например, эхинококк.

Как правило, такие плевриты возникают на фоне пневмонии, активного туберкулеза легких, реже при абсцессе легкого или поддиафрагмального пространства.

Неинфекционные плевриты возникают при следующих заболеваниях:

- злокачественные опухоли. Это может быть как первичная опухоль плевры, так и метастатическое поражение при опухоли другого органа.
- системные заболевания, такие как системная красная волчанка, ревматоидный артрит и другие, системные васкулиты.
- травма грудной клетки и оперативное вмешательство.
- инфаркт легкого после тромбоэмболии легочной артерии.
- инфаркт миокарда (постинфарктный синдром Дресслера).
- ферментативный плеврит при остром панкреатите, когда ферменты поджелудочной железы растворяют плевру и оказываются плевральной полости.
- терминальная стадия хронической почечной недостаточности (уремический плеврит).

Для возникновения инфекционного плеврита необходимо проникновение микроорганизмов в плевральную полость. Это может происходить контактным путем из очагов инфекции легочной ткани, лимфогенным путем с током лимфы, гематогенным - при циркуляции возбудителя в крови. В более редких случаях возможно прямое проникновение возбудителя из окружающей среды

при ранениях грудной клетки, а также в ходе операции. Проникшие микроорганизмы вызывают воспаление плевры с пропотеванием жидкости (экссудата) в плевральную полость. Если сосуды плевры функционируют нормально, то эта жидкость всасывается обратно. На плевральных листках оседает фибрин (белок, в значительном количестве содержится в выпоте), формируется сухой плеврит. При большой интенсивности процесса сосуды плевры не могут справиться с большим объемом экссудата, он накапливается в замкнутой полости. В этом случае диагностируется экссудативный плеврит.

При новообразованиях токсические продукты опухоли повреждают плевру, что приводит к образованию экссудата и значительно затрудняет его обратное всасывание. При системных заболеваниях, а также при васкулитах, плеврит обусловлен поражением мелких сосудов плевры. Травматические плевриты возникают как реакция плевры на кровоизлияние. Плеврит при хронической почечной недостаточности связан с действием уремических токсинов. Ферментативный плеврит связан с раздражением плевры ферментами из поврежденной поджелудочной железы. При инфаркте легкого неинфекционное воспаление контактным путем переходит на плевру. А при инфаркте миокарда ведущую роль в возникновении плеврита играет нарушение иммунитета.

Симптомы плеврита

В большинстве случаев сухой плеврит развивается остро. Пациенты обычно четко указывают время появления заболевания. Характерны жалобы на боли в грудной клетке, повышение температуры тела, выраженную общую слабость.

Боль в грудной клетке связана с раздражением нервных окончаний плевры фибрином. Боль чаще односторонняя на стороне поражения, достаточно интенсивная, с тенденцией к усилению при глубоком вдохе, кашле, чихании. Температура тела повышается до 38°C, редко выше. При постепенном начале заболевания в первое время температура тела может быть нормальной. Также беспокоит общая слабость, потливость, головная боль, непостоянные боли в мышцах и суставах.

При экссудативном плеврите симптомы обусловлены скоплением жидкости в плевральной полости. Жалобы различаются в зависимости от варианта начала заболевания. Если экссудативный плеврит возник после фибринозного, то тогда удастся проследить четкую хронологию событий. В начале заболевания больного беспокоит интенсивная односторонняя боль в грудной клетке, которая усиливается при глубоком вдохе. Затем, когда образуется экссудат, боль исчезает, и на её место приходит чувство тяжести, давления в грудной клетке, одышка. Также может отмечаться сухой кашель, повышение температуры тела, общая слабость. Если экссудативный плеврит возникает первично, то в этом случае болевой синдром не характерен. При этом пациенты предъявляют жалобы на общую слабость, потливость, повышение температуры, головную боль. Через несколько дней появляется одышка, чувство тяжести в грудной клетке при незначительной физической нагрузке, а при большом количестве экссудата - в покое. При этом неспецифические симптомы интоксикации усиливаются.

Внешнее обследование, которое проводит врач, очень важно для диагностики плеврита и определение его характера. При аускультации (прослушивание легких в разные фазы дыхания стетоскопом) может быть выявлен шум трения плевры, что является специфичным для фибринозного плеврита, при экссудативном плеврите при перкуссии (простукивание определенной области для выявления характерных звуковых феноменов) отмечается притупление перкуторного звука над зоной выпота. Таким образом, можно определить распространение экссудата в плевральной полости.

В общем и биохимическом анализах крови отмечаются неспецифические воспалительные изменения: ускорение СОЭ, повышение количества лейкоцитов; появление или увеличение концентрации воспалительных белков-СРБ, серомукоида и других.

Инструментальные методы играют значительную роль в диагностике плеврита, так как позволяют увидеть область поражения и определить характер воспалительного процесса. При рентгенографии легких в случае фибринозного плеврита удается определить высокое стояние купола диафрагмы на пораженной стороне, ограничение подвижности легочного края при дыхании, а также уплотнение листков плевры.

При экссудативном плеврите характерным является поджатое, уменьшенное в размерах легкое на стороне поражения, ниже которого виден слой жидкости однородный или с включениями.

УЗИ плевральных полостей при фибринозном плеврите выявляет отложение фибрина на листках плевры с их утолщением, а при экссудативном-слой жидкости ниже легкого. Характер выпота, а нередко, и причина возникновения плеврита, определяется на основании анализа экссудата, полученного в результате плевральной пункции.

Лечение плеврита

Лечение плевритов должно быть комплексным, индивидуальным и направленным на основную причину заболевания. При **плевритах, вызванных инфекциями**, показано применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия в течение первых нескольких дней. Затем, после определения возбудителя, рекомендована специфическая терапия. Также применяются противовоспалительные препараты (вольтарен, индометацин) и десенсибилизирующая терапия.

Неинфекционные плевриты, как правило, являются осложнением другого заболевания. Поэтому, наряду с неспецифическим лечением, необходимо комплексное лечение основного заболевания.

Хирургическая эвакуация экссудата производится в следующих случаях:

- большом объеме экссудата (обычно достигающего до II ребра);
- при сдавлении экссудатом окружающих органов;
- для предотвращения развития эмпиемы (образование гноя в плевральной полости) плевры.

В настоящее время рекомендуется одномоментное удаление не более 1,5 литра экссудата. При развитии эмпиемы после эвакуации гноя в полость плевры вводится раствор с антибиотиком.

Плевральная пункция проводится, как правило, в стационарных условиях. Данная манипуляция осуществляется в положении больного сидя на стуле с опорой вперед на руки. Как правило, пункцию проводят в восьмом межреберье по задней поверхности грудной клетки. Производят обезболивание места предполагаемой пункции раствором новокаина. Длинной толстой иглой хирург послойно прокалывает ткани и попадает в плевральную полость. По игле начинает стекать экссудат. После удаления нужного количества жидкости хирург удаляет иглу, на место прокола накладывается стерильная повязка. После проведения пункции больной в течение нескольких часов находится под наблюдением специалистов из-за опасности падения давления или развития осложнений, связанных с техникой пункции (гемоторакс, пневмоторакс). На следующий день рекомендуется контрольная рентгенография органов грудной клетки. После этого при хорошем самочувствии пациент может быть отправлен домой. Плевральная пункция не

является сложной медицинской манипуляцией. Предоперационной подготовки, а также последующей реабилитации, как правило, не требуется.

Для **фибринозного плеврита** характерно благоприятное течение. Обычно через 1-3 недели лечения болезнь заканчивается выздоровлением. Исключение составляет плеврит при туберкулезе, для которого характерно длительное вялотекущее течение.

В течение **экссудативного плеврита** выделяется несколько стадий: на первой стадии происходит интенсивное образование экссудата и выявляется вся вышеописанная клиническая картина. Эта стадия в зависимости от причины воспаления и от сопутствующего состояния больного протекает 2-3 недели. Затем наступает стадия стабилизации, когда экссудат больше не образуется, но и обратное всасывание его минимальное. В финале заболевания происходит удаление экссудата из плевральной полости естественным или искусственным путем. После удаления экссудата очень часто между плевральными листками образуются соединительнотканые тяжи - спайки. Если спаечный процесс выражен, то это может привести к нарушению подвижности легких при дыхании, развитию застойных явлений, при которых возрастает риск повторного инфицирования. В целом, в большинстве случаев, у пациентов с экссудативным плевритом после лечения возникает полное выздоровление.

Осложнения плеврита

К осложнениям плеврита относятся: формирование спаек плевральной полости, эмпиема плевры, расстройство кровообращения вследствие сдавления сосудов большим количеством экссудата. На фоне воспаления, особенно при длительно текущих или рецидивирующих плевритах, происходит утолщение листков плевры, сращение их между собой, а также образование спаек. Эти процессы деформируют плевральную полость, приводя к нарушению дыхательной подвижности легких. Кроме того, за счет сращения перикарда с плевральным листком возможно смещение сердца. При выраженном спаечном процессе высок риск развития дыхательной и сердечной недостаточности. В этом случае показано хирургическое разделение плевральных листков, удаление спаек. Эмпиема плевры возникает при нагноении экссудата.

Прогноз при развитии эмпиемы плевры всегда серьезный, у пожилых и ослабленных больных летальность составляет до 50%. Заподозрить нагноение экссудата можно в следующих случаях:

- при сохранении высокой температуры тела или возвращении лихорадки на фоне антибиотикотерапии.
- при появлении или усилении болей в грудной клетке, одышки.
- при сохранении высокого уровня лейкоцитов крови на фоне антибиотикотерапии, а также присоединении анемии.

Для диагностики эмпиемы плевры необходимо выполнение плевральной пункции. При наличии в пунктате гноя, большого количества лейкоцитов и бактерий, диагноз эмпиемы плевры не вызывает сомнений. Лечение хирургическое, заключается в эвакуации гнойного содержимого, промывание плевральной полости растворами антисептиков, а также массивная антибиотикотерапия.

Другим опасным осложнением экссудативного плеврита является сдавление и смещение кровеносных сосудов при накоплении большого объема жидкости. При затруднении притока крови к сердцу наступает смерть. Для спасения жизни больного в экстренном порядке показано удаление жидкости из плевральной полости.

Лечение при сухом плеврите направлено на тот патологический процесс, который явился причиной плеврита. Больные с плевритом чувствуют сильную боль, поэтому им рекомендуют применение обезболивающих, противовоспалительных и гипосенсибилизирующих средств. При сухом плеврите рекомендуют согревающие компрессы с тугим бинтованием нижних отделов грудной клетки, банки, смазывание кожи на стороне поражения 5%-м спиртовым раствором йода. Лечение выпотного (серозного и серозно-фибринозного) плеврита также направлено на устранение основного заболевания, осложнившегося выпотным плевритом. Больных госпитализируют. Назначают лекарственные средства, направленные на дезинтоксикацию, гипосенсибилизацию, а также противовоспалительные средства, воздействующие на патогенетические механизмы общей и местной реактивности организма. В периоде накопления выпота рекомендуется диета с ограничением воды, солей и углеводов. Из медикаментов назначают димедрол, салицилат натрия, кальция хлорид, при показаниях - кортикостероидные гормоны, антибактериальные средства. Плевральные пункции производят с целью удаления выпота и профилактики эмпиемы плевры. При быстром накоплении выпота и расстройстве дыхания и кровообращения разгрузочная плевральная пункция жизненно необходима. При первой пункции удаляется лишь часть жидкости, на следующий день пункция повторяется. После стихания острых явлений, в период рассасывания выпота, целесообразно лечение, направленное на ограничение образования сращений и восстановление функций органов грудной полости. Рекомендуют дыхательную гимнастику, ручной и вибрационный массаж, ультразвуковую терапию. По излечении выпотного плеврита больные должны длительное время находиться под диспансерным наблюдением в специализированном учреждении. Лечение гнойного плеврита (эмпиемы плевры) должно быть максимально ранним, целенаправленным и достаточно интенсивным, что позволяет добиться быстрого эффекта. Больные должны госпитализироваться в специализированные хирургические отделения или палаты. Им предусматривается высококалорийное белковое и витаминизированное питание, назначаются эффективные антибактериальные средства и парентеральное питание путем пункции подключичной вены. Местное лечение эмпиемы плевры имеет важнейшее значение. Оно предусматривает санацию плевральной полости: плевральные пункции, дренирование с постоянной активной аспирацией, постоянное или фракционное промывание (лаваж) плевральной полости. Критериями эффективности санации эмпиемы плевральной полости является 3-4-х кратный отрицательный бактериологический посев плеврального содержимого.

Литературные источники.

1. Внутренние болезни в 2 т.учебник. Т.1. / Под ред. А.И.Мартынова М.: ГЭОТАР-Мед 2005.
2. Внутренние болезни: учебник /В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Внутренние болезни : учебник / Под ред. С.И. Рябова. СПб.: СпецЛит, 2006.
4. Внутренние болезни : учебник: в 2 т. Т.1 / Под ред. А.И. МартыноваМ. : ГЭОТАР-Мед, 2004.
5. Пульмонология. Клинические рекомендации / Ред. А.Г. Чучалин. М.:-ГЭОТАР-Медиа, 2007
6. Пульмонология: национальное руководство Под. Ред. А.Г. ЧучалинаМ.:-ГЭОТАР-Медиа, 2009
7. Пульмонология : пер. с англ. Ред. Н.А. Бун М. :РидЭлсивер, 2009