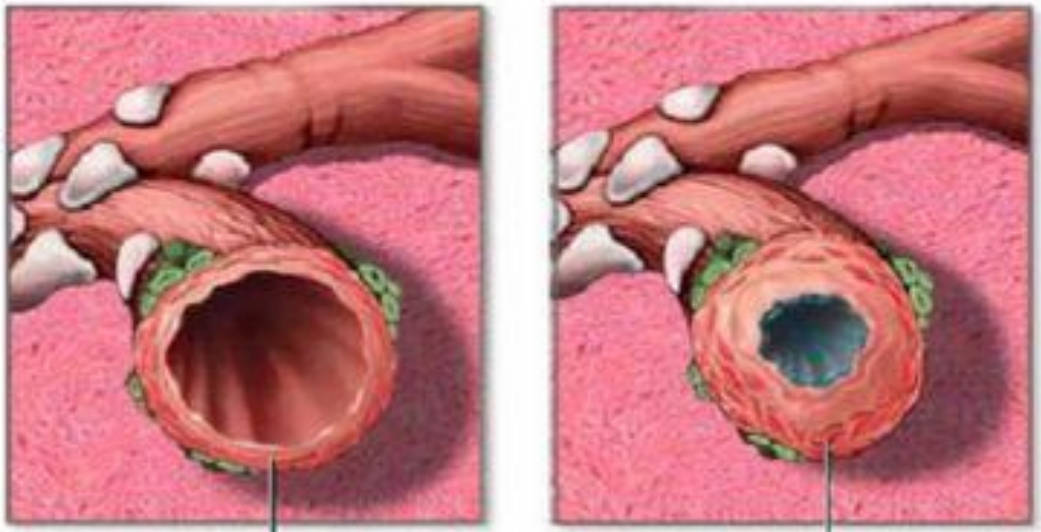
КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ БРОНХИТОВ (ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО). КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ ПЛЕВРИТОВ (СУХОГО И ЭКССУДАТИВНОГО)

Бронхит

- **Бронхит** — заболевание дыхательной системы, при котором в воспалительный процесс вовлекаются бронхи.

Слева здоро
бронхиальна
справа при
бронхите.



Нормальная бронхиальная труба

Воспаленная бронхиальная труба

Особенности течения бронхита в современных условиях

- Склонность заболеваний к затяжному, осложненному течению, что связано с ухудшением здоровья и распространенностью устойчивых штаммов микроорганизмов среди детей;
- Увеличение числа бронхитов неинфекционной природы (аллергических, ирритативных);
- Увеличение числа обструктивных форм заболевания, особенно среди детей младшего возраста;
- Появление в клинической группировке бронхитов у детей относительно новых вариантов болезни, таких как ХБ, ХОБ, нередко представляющих трудности в диагностике и клинической интерпретации

Различают два вида бронхита:

Острый бронхит — острое диффузное воспаление слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, характеризующееся увеличением объёма бронхиальной секреции с кашлем и отделением мокроты.

Хронический бронхит — диффузное прогрессирующее поражение бронхиального дерева с перестройкой секреторного аппарата слизистой оболочки с развитием воспалительного процесса, сопровождающегося гиперсекрецией мокроты, нарушением очистительной и защитной функции бронхов.

Бронхиты

К первичным относят такие состояния, при которых патологический фактор действует только на слизистые бронхиального дерева. Соответственно патологический процесс начинается и ограничивается только бронхиальным деревом

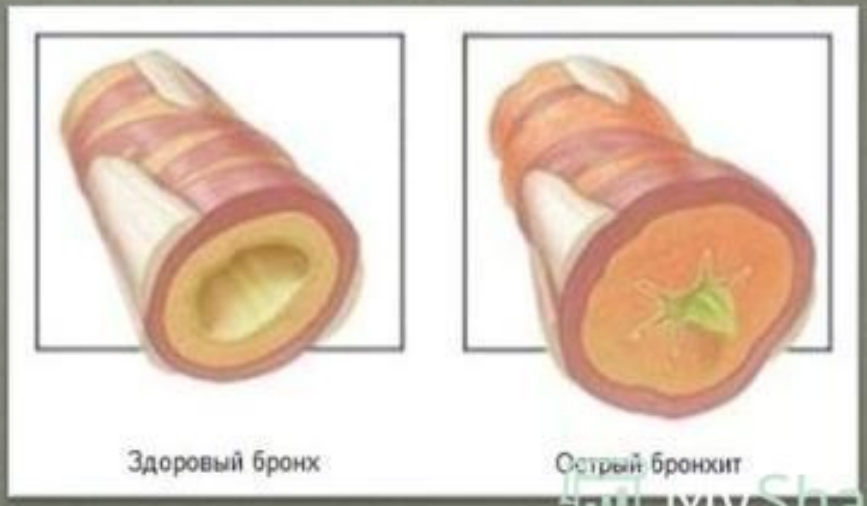
К вторичным бронхитам относятся заболевания бронхов, которые являются проявлениями или осложнениями болезней других органов и систем или другого заболевания респираторного тракта.

Классификация бронхитов

- **Острый** (простой или обструктивный), неосложненный и осложненный – остро или подостро возникшее воспаление слизистой оболочки трахеобронхиального дерева любого калибра у больных без признаков пневмонии и хронических легочных заболеваний, ведущим клиническим признаком которого является кашель.
- **Рецидивирующий** (не менее 3 эпизодов острого бронхита с обструкцией или без нее в год на протяжении 2 лет при отсутствии других заболеваний бронхолегочной системы).
- **Хронический** (необструктивный и обструктивный) – кашель более 3 мес. на протяжении 2 последних лет.

ОСТРЫЙ БРОНХИТ

- Острый бронхит – воспалительное заболевание трахеи и бронхов, которое характеризуется острым течением и обратимым диффузным поражением слизистой оболочки. ОБ является одним из самых распространенных заболеваний органов дыхания, которым чаще болеют дети и пожилые люди (чаще мужчины). Этому заболеванию в большей степени подвержены лица, проживающие в районах с холодным и влажным климатом, работающие на сквозняках, в сырых холодных помещениях. ОБ нередко сочетается с поражением верхних дыхательных путей (ринофарингит, ларингит, трахеит), либо наблюдается изолированно.



MyShared

Классификация острых бронхитов

Острые бронхиты

по патогенезу

- первичные
- вторичные

по уровню поражения

- трахеобронхиты (обычно на фоне ОРЗ)
- бронхиты с преимущественным поражением бронхов среднего калибра
- бронхиолиты

по клинической симптоматике (степень тяжести)

- легкие
- средние
- тяжелые

по состоянию бронхиальной проходимости

- обструктивные
- необструктивные

Этиология острого бронхита

Возбудителями являются:

- ☹ микоплазма
- ☹ гемофильная палочка
- ☹ стрептококк
- ☹ вирус Коксаки
- ☹ Вирус парагриппа

- ☹ респираторно-синцитиальный вирус
- ☹ риновирус
- ☹ Экховирус

***Предрасполагающие факторы*:**

- ☹ Газо - и парообразные химические вещества
- ☹ аллергены животного и растительного происхождения
- ☹ табачный дым

- ☹ инородное тело
- ☹ термические факторы (охлаждение, вдыхание холодного воздуха)

ПАТОГЕНЕЗ БРОНХИТА

Факторы среды - поллютанты

Вирусно-бактериальные ассоциации

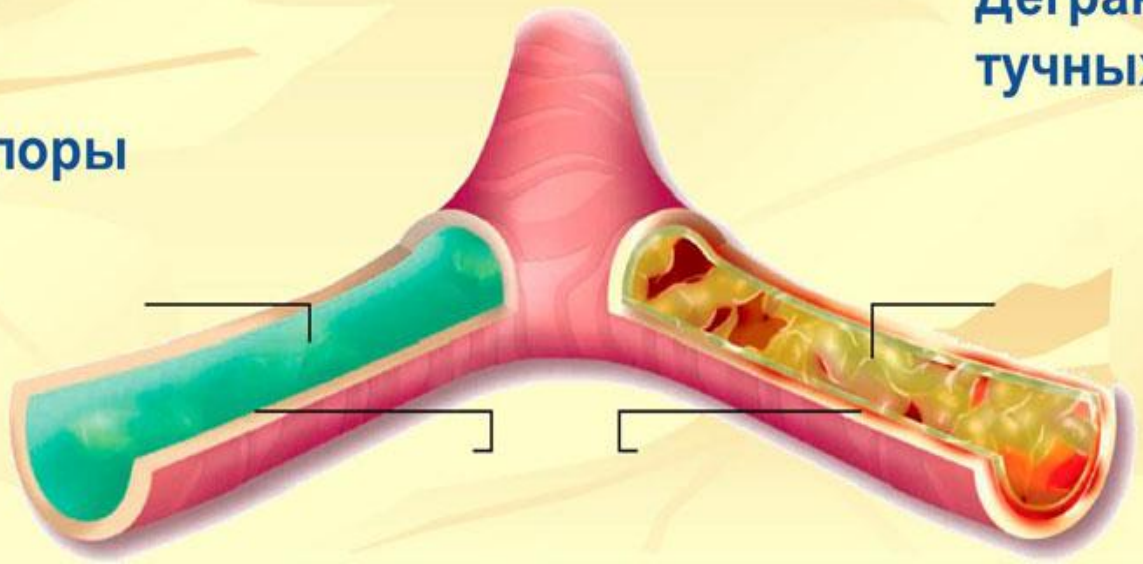
Ирритативное действие на эпителиальную клетку

Дисфункция реснитчатого эпителия

Повышение вязкости слизи

Колонизация микробной флоры

Дегрануляция тучных клеток



Патогенез бронхита

- В патогенезе заболевания основную роль играет снижение защитных сил организма
- Активация банальной микрофлоры, существующей в бронхиальном дереве.
- Приобретение патогенных свойств обычной микрофлорой развитие воспаления.
- Гиперемия слизистой оболочки бронхов, её отёк.
- Усиление выделения слизистой мокроты с диапедезом лейкоцитов,
- Изменение перистальтики реснитчатого эпителия бронхов. Десквамация эпителия и образование эрозий.
- Распространение воспаления на подслизистый и мышечный слои бронхов, не перибронхиальную интерстициальную ткань.

Клиническая картина острого бронхита.

Больные жалуются на:

-сухой, раздражающий **кашель**

-чувства саднения или **боли за грудиной**

-при повреждении более мелких бронхов появляется симптомы обструкции дыхательных путей (**приступообразный кашель, одышка**).

- на 2 - 3-й день начинает отделяться небольшое количество (до 50 мл в сутки) слизистой или слизисто-гнойной **мокроты**, иногда с примесью крови.

Клиническая картина острого бронхита

- **Кашель сухой и навязчивый** в начале заболевания, в дальнейшем – более **влажный и продуктивный** (с мокротой)
- Длительность **лихорадки** составляет в среднем не менее 2-3 дней, **катаральные явления** ВДП
- При аускультации выявляют распространённые **по всем легочным полям,** диффузные грубые **сухие** (басовые – **жужжащие, гудящие**) и **влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы**.
- Характерно **жесткое дыхание**
- В ОАК – **воспалительная реакция** (лейкоцитоз, чаще нейтрофильного характера, ускорение СОЭ)
- Длительность заболевания – не менее 2 недель

БРОНХИОЛИТ

это острое воспаление бронхиол.
Рассматривается как тяжёлая форма бронхита.

Клиника. Характерны острое начало, высокая температура тела до 40 С, мучительный сухой (крупозный) кашель, в дальнейшем – со скудной слизистой мокротой. Инспираторная одышка (ЧД до 40 и более в минуту), которая переходит в экспираторную, изменяется ритмичность дыхания, появляется свистящее дыхание, цианоз губ. Дыхание поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры (раздувание крыльев носа). Лицо одутловатое.

Течение тяжёлое, длительность – до 5-6 недель.

1.5. Диагностика бронхита

Лабораторные обследования.

Для острой формы характерны повышенные показатели СОЭ.

При вирусной природе болезни отмечается лейкопения, лимфоцитоз. Если присоединяется бактериальная инфекция – лейкоцитоз.

Высокий уровень эозинофилов в крови указывает на аллергическое происхождение воспаления бронхов.

Увеличенное количество моноцитов указывает на наличие вирусной или бактериальной инфекции.

При подозрении на бронхиолит у грудничков проводят исследование газового состава крови. Признаками этого состояния является гипоксемия и гиперкапния.

Если бронхит имеет затяжной характер, то, вероятно, к вирусной инфекции присоединились бактерии. В этом случае проводят анализ мокроты, чтобы определить тип возбудителя в результате бакпосева и подобрать оптимальный антибактериальный препарат.

Основным **инструментальным способом диагностики** бронхита считается рентгенологическое исследование, которое необходимо для исключения пневмонии. При бронхиолите и обструктивном характере бронхита наблюдается повышенная прозрачность легочной ткани, расширенные межреберные промежутки.

Диагностические критерии острого бронхита

- ✓ кашель (сухой, навязчивый, на 2-й неделе влажный, продуктивный)
- ✓ дыхательной недостаточности и интоксикации НЕТ
- ✓ при пальпации и перкуссии изменений нет
- ✓ аускультативно: жёсткое дыхание, удлинённый выдох, хрипы в начале сухие, затем незвучные влажные разнокалиберные, непостоянные хрипы
- ✓ изменения гемограммы непостоянные
- ✓ на R-грамме: усиление легочного рисунка, корни лёгких расширены

Лечение острого бронхита

1. ***Госпитализация при подозрении на осложнение***
2. ***Диета полноценная, витаминизированная, по возрасту***
3. ***Симптоматическое:*** ***отхаркивающие и муколитические*** **препараты синтетического и растительного происхождения (проспан, флюдитек, гербион, геделикс N-ацетилцистеин, корень солодки, алтея, лист подорожник, калия иодит) энтерально и в ингаляциях**

противокашлевые препараты **только при навязчивом, малопродуктивном, сухом кашле (глауцин, либексин, тусупрекс, бутамират, бронхолитин)**

антигистаминные препараты **(кларитин, тайлед, семпрекс поливитамины**

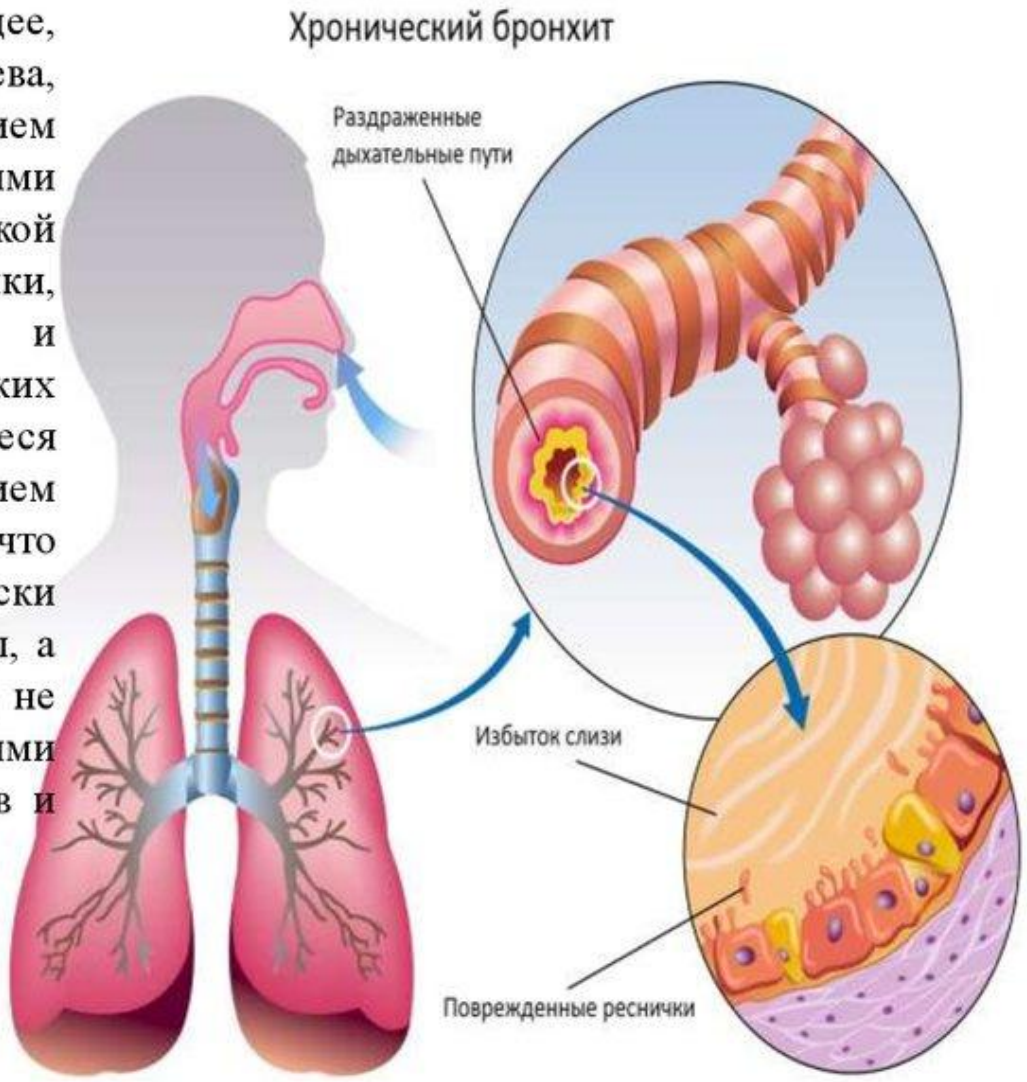
при гипертермии **–жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен)**

в стационаре **УВЧ-терапия, микроволновая терапия, диадинамик,**

электрофорез (KI, CaCL2, MgSO 4)

Хронический бронхит

Хронический бронхит представляет собой диффузное, обычно прогрессирующее, поражение бронхиального дерева, обусловленное длительным раздражением воздухоносных путей различными вредными агентами, характеризующееся перестройкой секреторного аппарата слизистой оболочки, развитием воспалительного процесса и склеротическими изменениями в более глубоких слоях бронхиальных стенок, сопровождающееся гиперсекрецией слизи, нарушением очистительной функции бронхов, что проявляется постоянным или периодически возникающим кашлем с отделением мокроты, а при поражении мелких бронхов - одышкой, не связанными с другими бронхолегочными процессами или поражением других органов и систем.



Хронический бронхит

- это диффузное, прогрессирующее поражение бронхов, обусловленное длительным раздражением и/или воспалением.
- По определению ВОЗ, хроническим следует считать бронхит, когда кашель с мокротой у больного наблюдается не менее 3 мес в году в течение двух лет при исключении других заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов и легких.

БРОНХИТ: причины и факторы

- Инфекция (загазованность, едкие запахи, испарения).

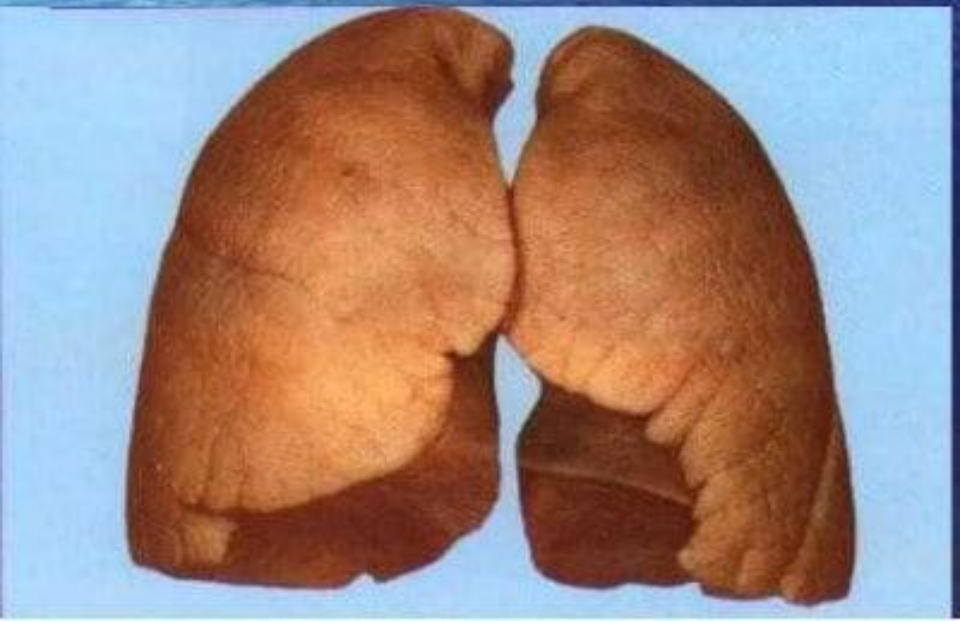
ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

- нарушение носового дыхания;
- заболевания носоглотки;
- фактор переохлаждения;
- злоупотребление алкоголем;
- проживание в местности, где атмосфера загрязнена поллютантами;
- хроническая почечная недостаточность.

Хронический бронхит у курящих регистрируется

в 5-7 раз чаще, чем у некурящих. В последующем хронический бронхит осложняется эмфиземой легких и пневмосклерозом, заболеваниями, существенно нарушающими функцию легких.

Легкие здорового человека



Легкие курильщика

Курение и хронический бронхит

5- 10 лет

Хронический бронхит

15-20 лет

Дыхательная недостаточность

20-25 лет

Легочное сердце

Этиология хронического бронхита

I. Экзогенные факторы:

1. Табачный дым-А
2. Загрязнение воздушного бассейна
3. Неблагоприятные условия профессиональной деятельности
4. Климатические факторы
5. Инфекционные факторы (вирусы, микоплазма, реже – бактериальные агенты)

II. Эндогенные факторы:

1. Нарушение дыхания через нос и очищения вдыхаемого воздуха
2. Очаговая инфекция верхних дыхательных путей
3. Повторные острые респираторные заболевания и острые бронхиты
4. Наследственная предрасположенность (нарушение ферментных систем, местного иммунитета)
5. Нарушение обмена веществ (ожирение)

Патогенез хронического бронхита

- Нарушение функции системы местной бронхопульмональной защиты
- Структурная перестройка слизистой оболочки бронхов
- Развитие классической триады (гиперкриния, дискриния, мукостаз) и выделение медиаторов воспаления

Патогенез ХОБЛ

Хронический воспалительный процесс

↓

Ремоделирование бронхов

↓

Инфицирование бронхиального секрета с инициацией оксидативного стресса

↓

Нарушение бронхиальной проходимости и формирование эмфиземы

↓

Спазм легочных артериол

↓

Компенсаторный эритроцитоз

↓

Утомление дыхательной мускулатуры

↓

Формирование необратимой обструкции бронхов

↓

Развитие хронического легочного сердца

Механизмы бронхиальной обструкции

ОБРАТИМЫЕ

- *Бронхоспазм*
- *Воспалительный отек слизистой бронха*
- *Обтурация дых. путей слизью*

НЕОБРАТИМЫЕ

- *Склеротические изменения стенок бронхов*
- *Экспираторный коллапс мелких дых. путей вследствие развивающейся эмфиземы*

Классификация хронического бронхита

I. По функциональной характеристике:

- Необструктивный
- Обструктивный

II. По характеру воспаления:

- Катаральный
- Слизисто-гнойный
- Гнойный

III. По степени тяжести течения:

- Легкий
- Средний
- Тяжелый

IV. По фазе болезни:

- Обострение
- Нестойкая ремиссия (стихающее обострение)
- Клиническая ремиссия

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТОВ (Н.Р. Палеев, 2000)

ПО ЭТИОЛОГИИ	КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ
Неинфекционный	Простой (катаральный) необструктивный
Инфекционный	Гнойный необструктивный
Смешанный	Простой (катаральный) обструктивный
Неуточненной этиологии	Гнойный обструктивный
	Особые формы (геморрагический, фибринозный)

УРОВЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ

С преимущественным поражением крупных бронхов (проксимальный)	С преимущественным поражением мелких бронхов (дистальный)

БРОНХОСПАСТИЧЕСКИЙ (АСТМАТИЧЕСКИЙ) **СИНДРОМ**

Есть	Нет

Хронический необструктивный бронхит

- В клинической картине основным симптомом является кашель. Обострение чаще наступает в сырое и холодное время года, во время перепадов температуры и на фоне простуды, ОРЗ или гриппа.
- В фазу обострения усиливается кашель с мокротой до 100 мл в сутки.
- Мокрота может быть слизистой при катаральном ХНБ, слизисто-гнойной или гнойной при слизисто-гнойном ХНБ.
- Характерной особенностью считается утренний кашель с отделением небольшого количества мокроты. В последующее время суток кашель может появляться периодически.

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ

- Основной синдром – нарушения бронхиальной проходимости.
- Больные хроническим бронхитом жалуются на кашель с отделение мокроты, общую слабость, потливость (при обострении заболевания и гнойном характере бронхита; симптом « мокрой подушки»).

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ

- В начале заболевания кашель беспокоит больных в период обострения, а при прогрессировании заболевания кашель становится практически постоянным, возникает не только утром, но и в течение дня и даже ночью. Кашель ночью в горизонтальном положении больного связан с поступлением мокроты из мелких бронхов. В период обострения хронического бронхита чувствительность кашлевых рецепторов резко возрастает кашель усиливается, становится надсадным, мучительным, иногда « лающим».

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ

- При осмотре дыхательной системы, при пальпации изменений не выявляется.
- При перкуссии сохраняется ясный легочный звук.

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ

- В связи с формированием у таких больных синдрома нарушения бронхиальной проходимости наиболее характерны аускультативные данные. Для хронического необструктивного бронхита характерно жесткое («шероховатое» везикулярное дыхание). Выслушиваются сухие хрипы, обусловленные наличием вязкой мокроты в просвете бронхов. В бронхах крупного калибра появляются басовые низкотональные хрипы, в бронхах среднего калибра- жужжащие хрипы, в мелких бронхах- высокотональные (свистящие) хрипы. При наличии в бронхах жидкой мокроты- выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.
- Изменений других органов и систем не обнаруживается.

ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ

- **Хронический обструктивный бронхит (ХОБ)** –
- заболевание, характеризующееся хроническим
- диффузным воспалением бронхов, ведущее к
- прогрессирующему нарушению легочной вентиляции и газообмена по обструктивному типу и
- проявляющееся кашлем, одышкой и выделением
- мокроты, которые не связаны с поражением других органов и систем. **Появление одышки является отличительным признаком ХОБ от хронического бронхита.**

Хронический обструктивный бронхит

В крупных дыхательных путях увеличивается количество желёз, продуцирующих слизь. Эта слизь скапливается в мелких дыхательных путях, нарушает их проходимость и ведёт к снижению снабжения воздухом лёгких. Застойная мокрота является идеальной средой для размножения микробов и вирусов. Помимо этого отмечается спазм бронхов.

Клиническая картина хронического обструктивного бронхита

Жалобы:

- **одышка экспираторного характера**: сначала - при значительной физической нагрузке, а по мере прогрессирования заболевания – постоянная,
- **надсадный кашель с трудноотделяемой мокротой** в скудном количестве и свистящим дыханием.

Клиника ХОБ:

- Кашель с отделением большого количества мокроты, особенно по утрам.
- Одышка, преимущественно экспираторного типа.
- Положительная проба со спичкой по Вотчалу: больной не может погасить зажженную спичку на расстоянии 8 см ото рта.
- Меняющийся характер одышки в зависимости от погоды, времени суток, обострения легочной инфекции.

Клинические критерии диагностики обструктивного бронхита

- Удлиненный свистящий выдох, нередко слышный дистанционно
- При осмотре вздутая грудная клетка
- Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры
- Кашель сухой, приступообразный
- Перкуторно: коробочный оттенок легочного звука
- Аускультативно: обилие сухих, свистящих и средне- и крупнопузырчатых влажных хрипов

Клиника хронического бронхита в стадии обострения

Хронический необструктивный бронхит	Хронический обструктивный бронхит
кашель с отделением слизисто - гнойной мокроты	одышка экспираторного характера
слабость, потливость,снижение работоспособности, ухудшение аппетита, повышение температуры тела	набухание шейных вен при выдохе, спадение при вдохе; затяжной, малопродуктивный коклюшеподобный кашель
при многолетнем - утолщение ногтей, концевых фаланг	при многолетнем - утолщение ногтей, концевых фаланг, бочкообразная грудная клетка
перкуторно - ясный легочной звук	перкуторно – признаки эмфиземы (коробочный звук)
аускультагивно - жесткое дыхание, сухие и влажные хрипы	аускультативно - жесткое дыхание с сухими свистящими хрипами

Диагностика

Предварительный диагноз ХБ ставится при наличии у больного:

- кашля с мокротой, возможно, одышки,
- жесткого дыхания с удлиненным выдохом, рассеянных сухих и влажных хрипов,
- «кашлевого анамнеза» (длительное курение, патология носоглотки, профессиональные вредности, затяжное или рецидивирующее течение ОБ и др.).

Диагноз позволяют подтвердить:

- признаки воспалительного поражения бронхов по данным бронхоскопии, исследования мокроты и содержимого бронхов
- необходимо исключить другие заболевания со сходной симптоматикой (пневмония, туберкулез, бронхоэктатическая болезнь, пневмокониозы, рак легкого и др.).

При обструктивном ХБ в отличие от необструктивного наблюдаются:

- признаки эмфиземы легких на рентгенограмме;
- нарушение бронхиальной проходимости при исследовании функции внешнего дыхания (данные спирографии, пикфлоуметрии)

Лабораторно-инструментальные методы диагностики.

- **ОАК**- эозинофилия, умеренное ускорение СОЭ в период обострения;
- БАК- Увеличение а2 и у- глобулинов, сиаловых кислот, серомукоида, фибрина, гаптоглобина.
- ОА мокроты- много эозинофилов, кристаллы Шарко- Лейдена (блестящие кристаллы, образующиеся из разрушенных эозинофилов), спирали Куршмана (слепки бронхов)

Лабораторно-инструментальные методы диагностики.

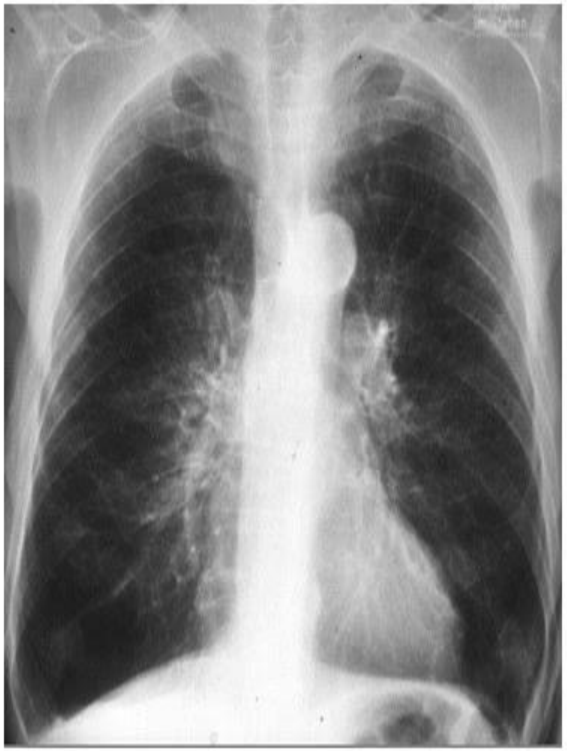
- ЭКГ- признаки перегрузки правого предсердия: высокие остроконечные зубцы Р в отв. II, III, aVF, V2. это во время приступа.
- Оценка газового состава крови- гиперкапния, при менее выраженной бронхиальной обструкции - гипоксемия и гиперкапния.
- Бронхоскопия- применяется для диф. диагностики.

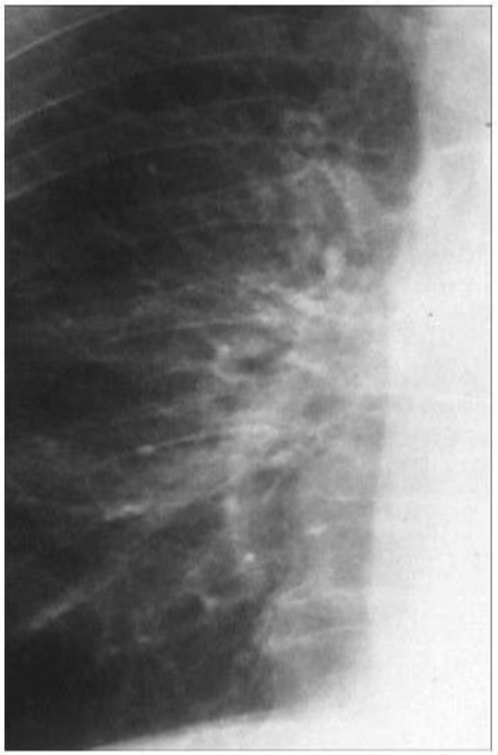
Лабораторные и инструментальные данные.

- 8. Рентгеноскопия и рентгенография. Рентгенологические признаки хронического бронхита выявляются только у длительно болеющих, при этом характерно усиление и деформация легочного рисунка по петлисто-ячеистому типу, повышение прозрачности легочных полей, расширение теней корней легких.

На обзорной рентгенографии грудной клетки – признаки хронического бронхита.

Признаки обструктивного хронического бронхита на рентгеновском снимке складываются из признаков собственно бронхита:





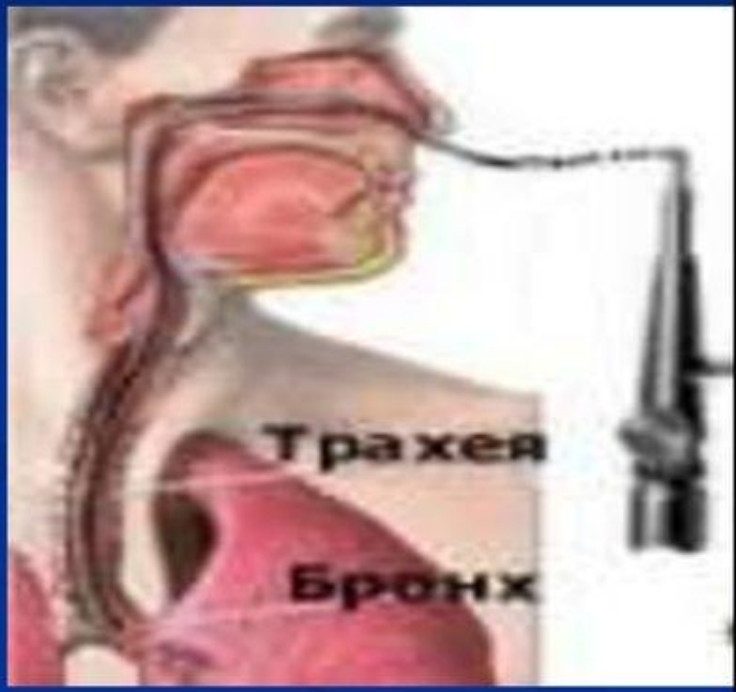
- ✓ снижение структурности корня легкого;
- ✓ некоторое его увеличение, расплывчатость;
- ✓ нечеткость контуров;
- ✓ усиленный и сильно измененный легочный рисунок;
- ✓ утолщение стенок бронхов (т. н. «трамвайные рельсы»)

Бронхоскопия

Эндофото. Признак Суля.

- Позволяет оценить выраженность бронхита, а также выявить типичный симптом расширения дистальных бронхов (признак Суля): опалесцирующие пузырьки воздуха в окружности заполненных гноем устьев бронхов (чаще базальных сегментов нижней доли).
- Кроме того, бронхоскопическое исследование позволяет взять содержимое бронхов на цитологическое, бактериологическое и микологическое исследование.

Обструктивный бронхит в просвете слизь



Лабораторные и инструментальные методы исследования.

- Спирография. О нарушении бронхиальной проходимости свидетельствует снижение ФЖЕЛ, объёма форсированного выдоха за первую секунду. (ФЖЕЛ -75 %). ОФВ1 рассчитывают в процентах по отношению к ЖЕЛ- индекс Тиффно. Уменьшение ОФВ1 более чем на 50 мл в год свидетельствует о прогрессировании заболевании. При ХОБ значительно снижается МВЛ (максимальное количество воздуха, вентилируемое легкими в течение 1 мин при глубоком и частом дыхании).

ОЦЕНКА ФВД –ПНЕВМОТАХОМЕТРИЯ, СПИРОГРАФИЯ

MyShared

Осложнения хронического бронхита

I. Связанные с инфекцией:

1. Пневмония
2. Формирование бронхоэктазов
3. Бронхоспастический (неаллергический компонент)
4. Аллергический (астматический компонент)

II. Связанные с эволюцией бронхита

1. Эмфизема легких
2. Диффузный пневмосклероз
3. Легочная дыхательная недостаточность
4. Легочная гипертензия
5. Легочное сердце (компенсированное, декомпенсированное)

Лечение хронического бронхита в стадии обострения

- Этиотропное
- Патогенетическое
- Симптоматическое
- Лечение осложнений

Хронический бронхит
лечение

Цели лечения:

- Профилактика прогрессирования болезни
- Облегчение симптомов (кашля)
- Улучшение качества жизни
- Профилактика осложнений и обострений

Хронический бронхит *лечение*

Медикаментозное лечение:

- Антибиотики (макролиды, хинолоны, полусинтетические пенициллиины) показаны только при обострении
- Муколитики (бромгексин, лазольван, амброксол) – разжижают мокроту, не увеличивая ее количество – показаны при обострении, однако эффект небольшой
- Бронходилататоры (бета-агонисты, холинолитики и теофиллин) могут использоваться для контроля бронхоспазма и хронического кашля
- Противокашлевые препараты центрального действия (кодеин) – короткими курсами
- Отхаркивающие не показаны ввиду отсутствия эффекта

Лечение хронического бронхита вне обострения

- Постоянные занятия дыхательной гимнастикой
- Проведение поддерживающей медикаментозной терапии
- Ликвидация очаговой инфекции (консервативное или оперативное лечение)
- Общеукрепляющая терапия и закаливание
- Санаторно-курортное лечение
- Реабилитационные мероприятия-А

ПЛЕВРИТЫ

Плеврит — воспаление плевральных листков, с выпадением на их поверхность фибрина (сухой плеврит) или скопление в плевральной полости экссудата различного характера (экссудативный плеврит).

Классификация плевритов (Н. В. Путов, 1984)

I. Этиология:

1. Инфекционный (с указанием инфекционного возбудителя).
2. Неинфекционный (с указанием основного заболевания);
2.1. Идиопатический (неизвестной этиологии).

II. Характер экссудата:

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

III. Течение: 1. Острый. 2. Подострый. 3. Хронический.

IV. Локализация выпота:

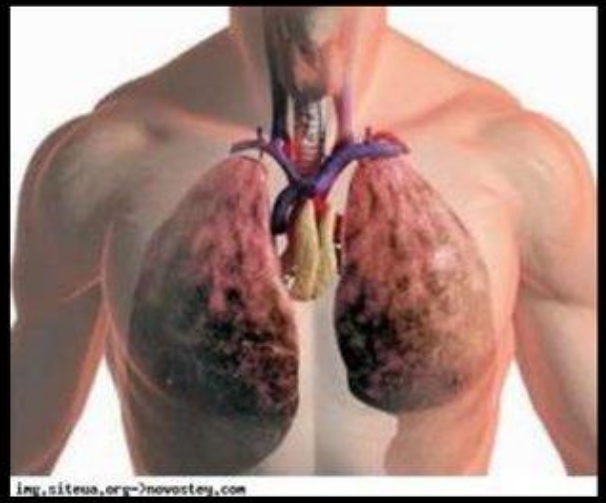
1. Диффузный.
2. Осумкованный: а) верхушечный (апикальный); б) пристеночный (парахостальный); в) костодиафрагмальный; г) диафрагмальный (базальный); д) парамедиастинальный; е) междолевой (интерлобарный).

Этиология

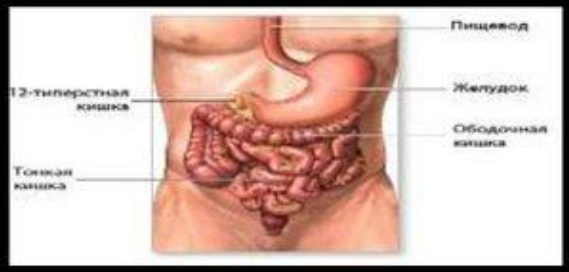
1. Инфекционные заболевания легких.

2. Злокачественные процессы.

4. Системные болезни соединительной ткани.



3. Заболевания ЖКТ.



5. Синдром Мейгса — фиброма яичников с асцитом и плевральным выпотом.

6. Ятрогенные поражения плевры, связанные с применением лекарственных препаратов.

7. Синдром Дресслера, возникающий после инфаркта миокарда, операции на сердце, имплантации водителя ритма, ангиопластики или тупой травмы сердца.

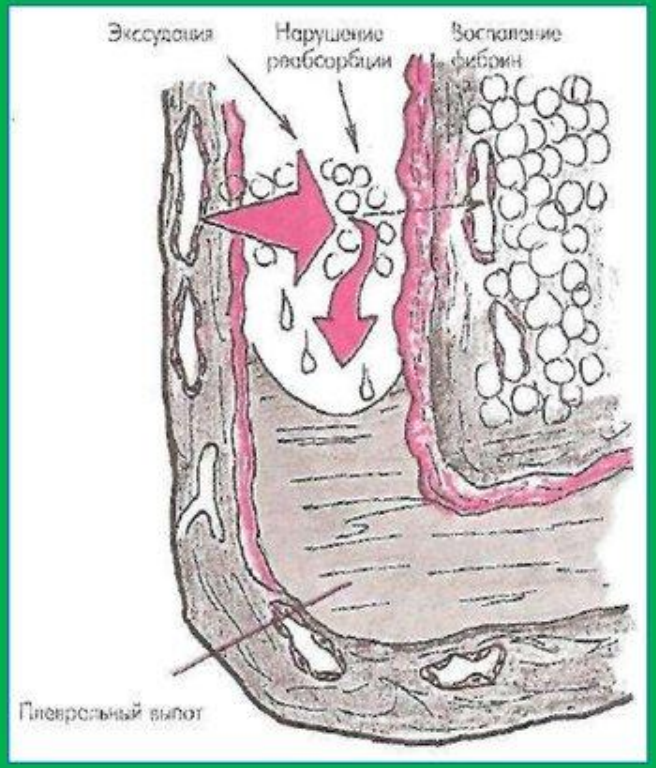
8. Уремический плеврит (уремия).

9. Выпоты при нарушении целостности плевральных листков (спонтанный пневмоторакс, спонтанный хилоторакс, спонтанный гемоторакс).

ПАТОГЕНЕЗ ПЛЕВРИТОВ

Патогенез плевритов имеет свои особенности, обусловленные характером фонового заболевания:

- **при инфекционных плевритах могут быть непосредственное инфицирование плевры, лимфогенное или (реже) гематогенное проникновение возбудителя в плевру;**
- **при туберкулезных плевритах важное место занимает предшествующая сенсибилизация организма с последующей гиперергической реакцией;**
- **при коллагеновых заболеваниях плеврит связан с системным поражением сосудов и изменением общей реактивности организма.**



При умеренном количестве выпота и сохранившемся оттоке жидкая часть экссудата всасывается и на поверхности плевры остается лишь слой фибрина. Так формируется сухой (фибринозный) плеврит.

В тех случаях, когда скорость экссудации превышает возможности оттока, жидкий экссудат начинает накапливаться в плевральной полости, приводя к возникновению экссудативного плеврита.

СУХОЙ ПЛЕВРИТ

Жалобы: колющие боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, кашле и уменьшающиеся при ограничении подвижности грудной клетки. В случае диафрагмального сухого плеврита боли могут иррадиировать в область передней стенки живота.

Анамнез: симптомы и факторы риска основного заболевания.

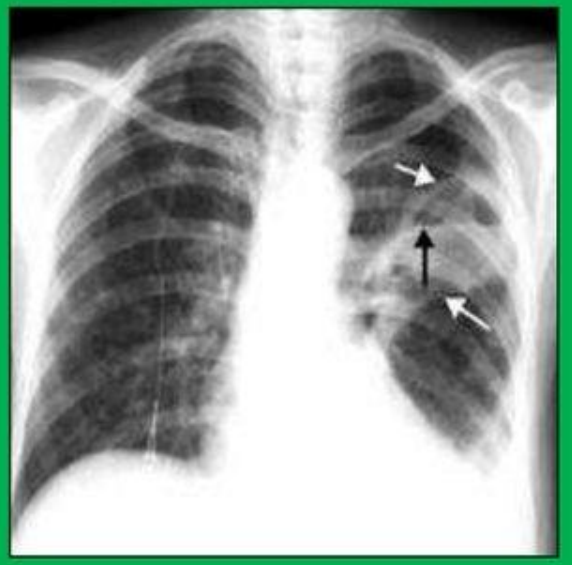
Осмотр: поверхностное дыхание, отставание при дыхании одной половины грудной клетки, вынужденное положение на больном боку.

Пальпация: шум трения плевры.

Перкуссия: ограничение подвижности нижнего края легких на стороне поражения (если нет других симптомов, связанных с основным заболеванием).

Аускультация: шум трения плевры, выслушиваемый на фоне несколько ослабленного дыхания над зоной фибринозных наложений.

Рентгенологическое исследование: высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения, ограничение ее подвижности. С течением времени в местах отложения фибрина скапливается кальций, поэтому на рентгеновских снимках прослеживаются интенсивные тени.



ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ: ДАННЫЕ РАССПРОСА И ОСМОТРА

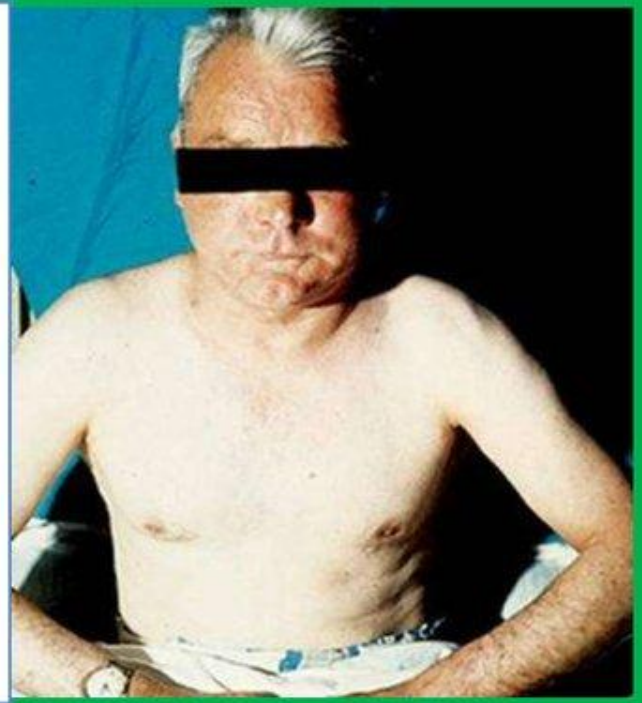
Расспрос:

Симптомы связанные с характером основного заболевания:

- поражение верхушек (туберкулезный плеврит);
- упорное кровохаркание (бронхогенный рак);
- симптомы перикардита, поражения суставов или почек (СКВ);

Общие симптомы:

- тяжесть (тупая боль) в боку;
- одышка;
- сухой кашель;
- лихорадка с ознобами;
- явления интоксикации.

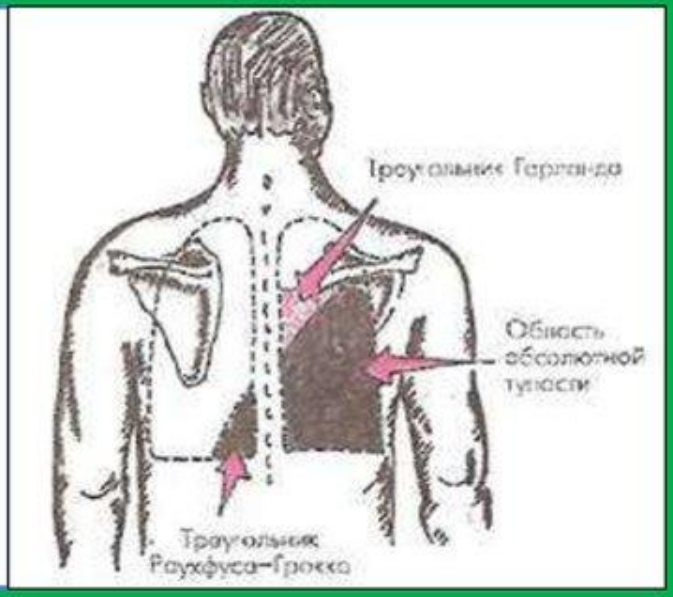


Осмотр:

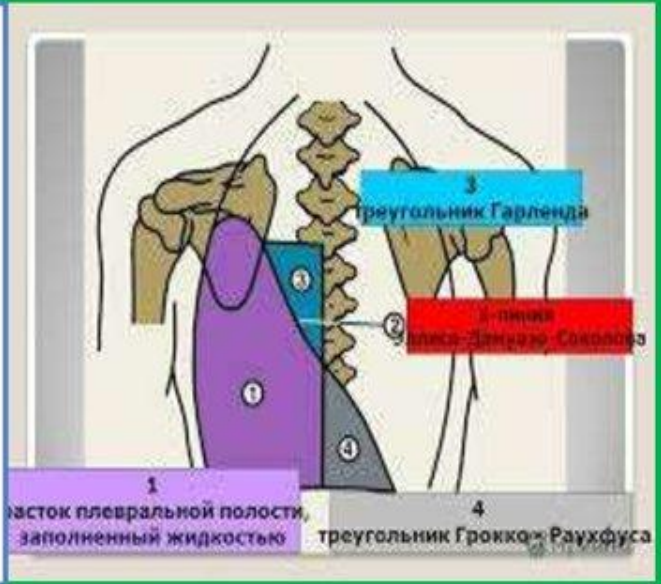
- Асимметрия грудной клетки с выбуханием межреберных промежутков на стороне поражения.
- Отставание соответствующей половины грудной клетки при дыхании.
- Вынужденное положение: на больном боку или полусидячее.
- Цианоз и набухание шейных вен.
- Симптом Винтриха – отечность и более толстая складка кожи на стороне поражения в нижних отделах грудной клетки.

ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ: ПЕРКУССИЯ

- С помощью физических методов исследования скопление жидкости в плевральной полости
- можно обнаружить только в том случае, если ее количество превышает 400—500 мл, повышение уровня притупления на 1 ребро соответствует увеличению жидкости на 500 мл.
- Характерна чрезвычайно выраженная тупость перкуторного звука – «тупой бедренный звук», нарастающая книзу.
- Зона тупости, образующаяся при левостороннем плеврите, приводит к исчезновению тимпанического звука пространства Траубе.



- Зона тупого звука имеет дугообразную верхнюю границу (линия Эллиса—Дамуазо—Соколова), верхняя точка которой располагается по задней подмышечной линии (реберно-диафрагмального синус).
- Треугольник Гарленда – поджатое экссудатом легкое, над ним отмечается притупленно-тимпанический звук.
- Второй треугольник Грокко—Раухфуса проецируется на здоровой стороне и представлен зоной тупого звука, что связано со смещением средостения в здоровую сторону.



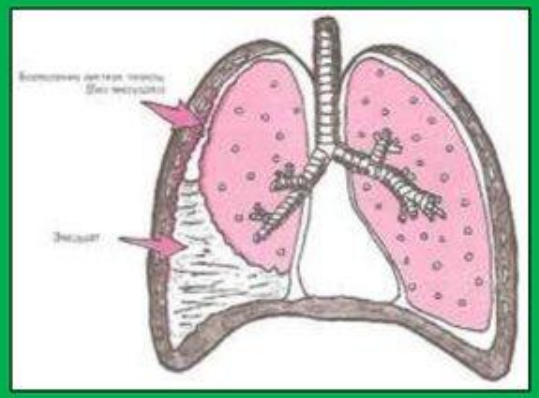
ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ: ПАЛЬПАЦИЯ И АУСКУЛЬТАЦИЯ

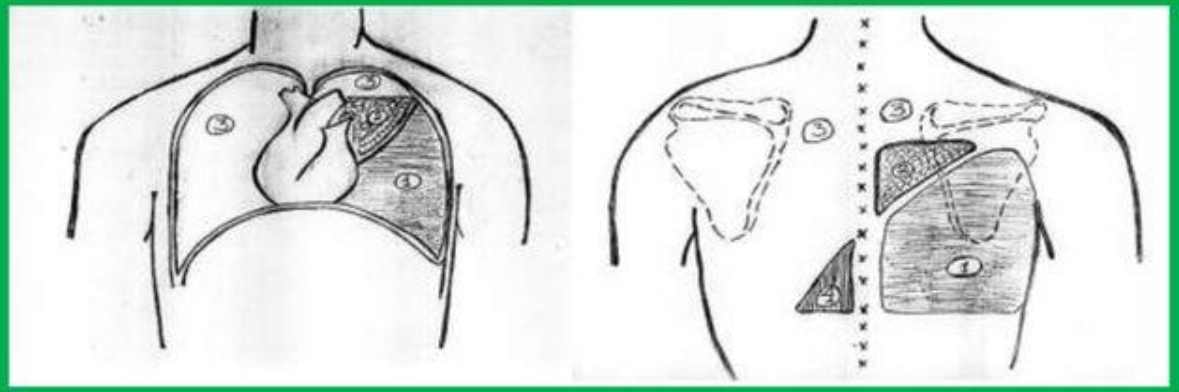
При пальпации:

- Ригидность пораженной половины грудной клетки.
- Над зоной экссудата голосовое дрожание ослаблено либо не проводится.
- В области треугольника Гарленда – голосовое дрожание усиливается.

При аускультации:

- Везикулярное дыхание в зоне экссудата резко ослабевает (при небольших экссудатах) или не прослушивается совсем.
- Выше границы экссудата (в области треугольника Гарленда) определяют усиление бронхофонии, а также бронхиальный оттенок дыхания, что связано с уплотнением легочной ткани вследствие поджатия легкого.
- В случае значительного скопления жидкости в плевральной полости у больных могут отмечаться тахикардия, приглушенность сердечных тонов.





Клиника и диагностика плевритов

Сухой плеврит (фибринозный)	Экссудативный плеврит (выпотной)
- воспаление листков плевры с отложением в них фибрина	- скопление в плевральной полости экссудата
Клинические симптомы:	**Клинические симптомы:**
- боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, кашле, движении; общая слабость, субфебрильная температура тела	- общая слабость, одышка, потливость, высокая температура тела с ознобами, отсутствие аппетита, тяжесть в грудной клетке на стороне поражения
- вынужденное положение пациента – на больном боку	- отставание соответствующей половины грудной клетки при дыхании и сглаженность межреберных промежутков
- голосовое дрожание не изменено, при верхушечных плевритах болезненность при пальпации трапециевидных и больших грудных мышц	- голосовое дрожание ослаблено, тахикардия
- при перкуссии- ограничение дыхательной подвижности легких	- при перкуссии — притупление перкуторного звука
- при аускультации - шум трения плевры	- ослабление или отсутствие дыхания, бронхофонии, приглушенность тонов сердца

ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ: ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево; токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ.

ОАМ: небольшая протеинурия, единичные эритроциты.

БАК: диспротеинемия (снижение альбумина и повышение α1 и α2-глобулингов), повышение СРБ, фибрина, АЛТ, АСТ, билирубина, ЛДГ.

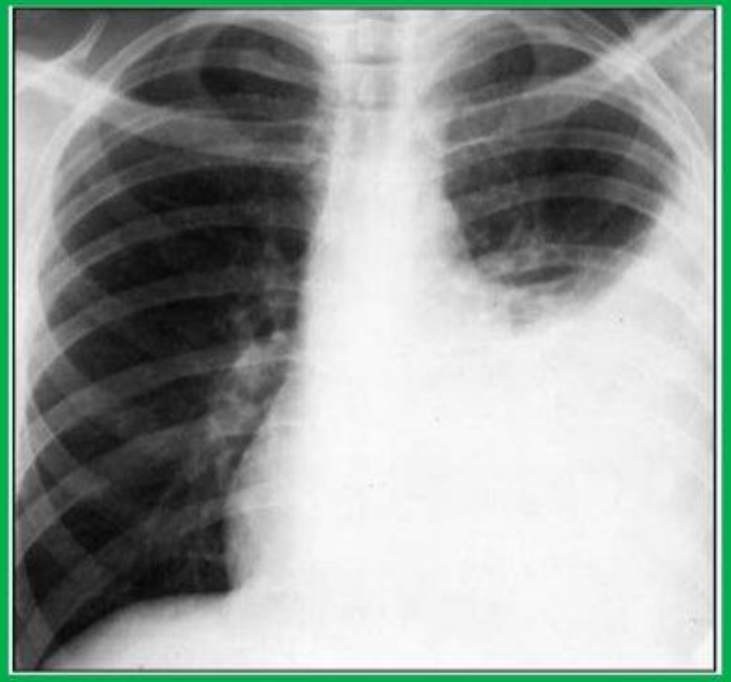
Исследование плеврального выпота

УЗИ плевральной полости

Рентгенологическое исследование: гомогенное затемнение с косым расположением верхней границы.

Вслучае небольшого количества выпота затемнение отмечается лишь в реберно-диафрагмальном синусе. При массивном выпоте тень жидкости может занимать практически все легочное поле, а тень средостения смещается в здоровую сторону.

Торакоскопия с биопсией.



Экссудативный плеврит

- Иногда в верхнемедиальных отделах видно своеобразное просветление – «окно»

PPt4WEB.ru

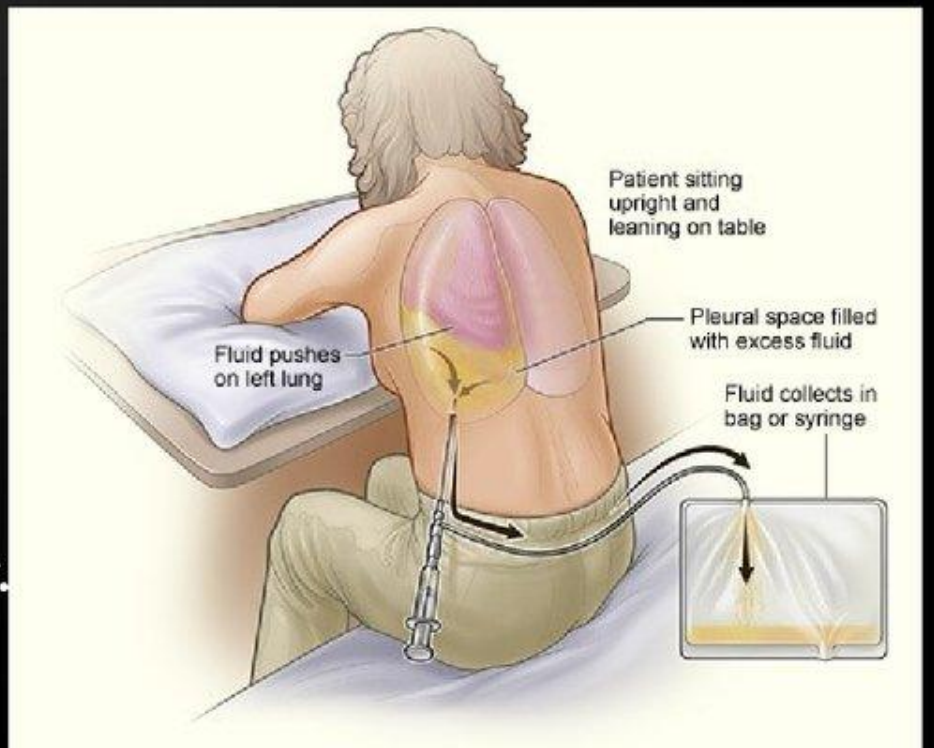
Левосторонний экссудативный плеврит (прямая проекция)

Междолевый осумкованный плеврит

PPt4WEB.ru

Плевральная пункция

- Плевральная пункция имеет огромное значение, так как позволяет не только подтвердить наличие выпота, но и проводить дифференциальную диагностику.
- Выполнение плевральной пункции является обязательной процедурой у больных с экссудативным плевритом.
- Оценивают физические, химические свойства, выполняют ее цитологическое, биохимическое, бактериологическое исследование и проводят дифференциальную диагностику.



Плевральная пункция

- Плевральную пункцию проводят с **диагностической и лечебной целью**: проводится лабораторное исследование пунктата, для лечения заболеваний в полость плевры вводят лекарства.
- ПОКАЗАНИЯ: экссудативный плеврит, пиоторакс, гемоторакс, пневмоторакс.
- ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: недостаточность кровообращения.
- **Техника проведения.** Пункция осуществляется в положении больного сидя на стуле лицом к спинке. Голова и туловище должны быть наклонены вперед, а плечо на стороне пункции отведено вверх и вперед, что позволяет расширить межреберные промежутки.
- Прокол делают в седьмом или восьмом межреберье по заднеподмышечной линии; для отсасывания воздуха — во втором или третьем межреберье по среднеключичной линии. Грудную стенку прокалывают по верхнему краю ребра во избежание повреждения межреберных сосудов и нерва, расположенных вдоль его нижнего края.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТРАНССУДАТА И ЭКССУДАТА

ПРИЗНАКИ	ЭКССУДАТ	ТРАНССУДАТ
НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ	ОСТРОЕ	ПОСТЕПЕННОЕ
НАЛИЧИЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	ХАРАКТЕРНО	НЕ ХАРАКТЕРНО
ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА	ХАРАКТЕРНО	НЕ ХАРАКТЕРНО
НАЛИЧИЕ ОБЩИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ (УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ)	ХАРАКТЕРНЫ И ОЧЕНЬ ВЫРАЖЕНЫ	НЕ ХАРАКТЕРНО
ВНЕШНИЙ ВИД ЖИДКОСТИ	МУТНАЯ, НЕ СОВСЕМ ПРОЗРАЧНАЯ, ИНТЕНСИВНОГО ЛИМОННО-ЖЕЛТОГО ЦВЕТА, НЕРЕДКО ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ, МОЖЕТ БЫТЬ ГНОЙНАЯ, ГНИЛОСТНАЯ С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ	ПРОЗРАЧНАЯ, СЛЕГКА ЖЕЛТОВАТАЯ, ИНОГДА БЕСЦВЕТНАЯ ЖИДКОСТЬ, НЕ ИМЕЕТ ЗАПАХА
ИЗМЕНЕНИЕ ВНЕШНЕГО ВИДА ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПОСЛЕ СТОЯНИЯ	МУТНЕЕТ, ВЫПАДАЮТ БОЛЕЕ ИЛИ МЕНЕЕ ОБИЛЬНЫЕ ХЛОПЬЯ ФИБРИНА. СЕРОЗНО-ГНОЙНЫЙ ЭКССУДАТ РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ДВА СЛОЯ (ВЕРХНИЙ - СЕРОЗНЫЙ, НИЖНИЙ - ГНОЙНЫЙ). ВЫПОТ СВЕРТЫВАЕТСЯ ПРИ СТОЯНИИ	ОСТАЕТСЯ ПРОЗРАЧНОЙ, ОСАДОК НЕ ОБРАЗУЕТСЯ ИЛИ ОН ОЧЕНЬ НЕЖЕН (В ВИДЕ ОБЛАЧКА), ОТСУТСТВУЕТ НАКЛОННОСТЬ К СВЕРТЫВАНИЮ
СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА	> 30 Г/Л	< 20 Г/Л
УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ	< 3.33 ММОЛЬ/Л	> 3.33 ММОЛЬ/Л
ПЛОТНОСТЬ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ	> 1.018 КГ/Л	< 1.015 КГ/Л
ПРОБА РИВАЛЬТА*	ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ (СЕРОМУЦИН)	ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ
КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ	> 1000 В 1 $ММ^3$	< 1000 В 1 $ММ^3$
КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ	ВАРИАБЕЛЬНО	< 5000 В 1 $ММ^3$
ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСАДКА ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ	ПРЕОБЛАДАЕТ НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ	НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО СЛУЩЕННОГО МЕЗОТЕЛИЯ

*ВОДА ПОДКИСЛЯЕТСЯ 2-3 КАПЛЯМИ 80% УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ, ЗАТЕМ КАПАЮТ ПО КАПЛЯМ ИССЛЕДУЕМУЮ ПЛЕВРАЛЬНУЮ ЖИДКОСТЬ. В ЭКССУДАТЕ ЗА КАЖДОЙ КАПЛЕЙ В ВОДЕ ТЯНЕТСЯ ОБЛАЧКО В ВИДЕ ПАПИРОСНОГО ДЫМА.

Осложнения:

- ЛЕГОЧНЫЕ

- карнификация
- абсцесс легкого
- гангрена легкого
- эмпиема плевры

- ВНЕЛЕГОЧНЫЕ

- гнойный медиастинит
- перикардит
- перитонит
- метастатические гнойники в органах
- гнойный менингит
- тромбо-язвенный эндокардит
- гнойный артрит

Лечение

- 1. Сухой плеврит: ликвидация основного процесса (туберкулез, острая пневмония, абсцесс легкого). Симптоматическая терапия включает назначение анальгетиков, противокашлевых препаратов.
- 2. Экссудативный плеврит: лечение основного заболевания (туберкулостатическая, антибактериальная терапия, глюкокортикостероиды)
- При гнойных плевритах проводят регулярную эвакуацию гнойного содержимого и введение антибиотиков в полость плевры.
- Во всех случаях применяют противовоспалительные, анальгетические, десенсибилизирующие и противокашлевые средства.
- При массивных выпотах показана плевральная пункция.
- По мере рассасывания экссудата назначают дыхательную гимнастику, общеукрепляющее лечение, если нет противопоказаний- ФЗТ.
- При стихании воспалительного процесса- санаторно-курортное лечение.