



# СИНДРОМ ПОЛОСТИ В ЛЕГКОМ

ДОПОЛНЕНИЕ К СРС

Даирбеков А. 49-02 3 курс

- **Основные проявления клинические проявления при диагнозе полость легких с наличием в ней свободной жидкости**

# ЖАЛОБЫ





**Выраженность одышки зависит от объема жидкости в плевральной полости, быстроты ее накопления, степени уменьшения площади дыхательной поверхности легких и смещения органов средостения вследствие давления, оказываемого на них жидкостью.**



**Если пораженные патологическим процессом висцеральный и париетальный листки плевры соприкасаются, то больные испытывают боли разной интенсивности (от умеренных до острых)**

**Чтобы облегчить боль, больные лежат на той половине грудной клетки, где имеется плевральное поражение**

**По мере накопления жидкости, раздвигающей плевральные листки, боли уменьшаются, но нарастает (прогрессирует) одышка.**

- - **сухой рефлексорный кашель.**

степени характеризуют воспалительный, интоксикационный и другие процессы, обусловленные основным заболеванием. Наиболее часто больные жалуются на общую слабость, потливость, лихорадку, отсутствие аппетита и т.п.



# ОСМОТР ПАЦИЕНТА



При осмотре больного обращает на себя внимание его вынужденное положение с приподнятой верхней частью туловища.

Если имеется массивное накопление жидкости в плевральной полости, то в результате развившейся дыхательной недостаточности возникает цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

В случае медиостинального расположения жидкости и ее осумкования могут наблюдаться дисфагия (нарушение акта глотания и прохождения пищи по пищеводу), отек лица, шеи, осиплость голоса. Возможно набухание шейных вен.

- Дыхательные экскурсии на стороне плевральной жидкости бывают ограниченными. У худощавых больных со слабо развитой мускулатурой заметны сглаженность и даже выбухание межреберных промежутков. Межреберные промежутки расширены. При значительных выпотах пораженная половина грудной клетки увеличивается в объеме.

Кожа в нижней части грудной клетки становится отечной, а кожная складка, приподнимаемая между двумя пальцами, представляется более массивной, чем с противоположной стороны (симптом Винтриха).

# ПЕРКУССИЯ И АУСКУЛЬТАЦИЯ



В зависимости от состава жидкости (экссудат или транссудат) физикальные и некоторые клинические признаки имеют свои особенности. Так, при значительном скоплении экссудата в плевральной полости с помощью пальпации (феномен голосового дрожания)



**ПРИ ПОМОЩИ ПЕРКУССИИ, АУСКУЛЬТАЦИИ И  
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО  
ВЫЯВИТЬ ТРИ ЗОНЫ.**

Первая зона площадь расположения основной массы и наиболее толстого слоя экссудата, ограниченная снизу диафрагмой, а сверху дугообразной, возвышающейся в подмышечной области, линией Дамуазо Соколова.

Вторая зона ограничена с наружной стороны линией ДамуазоСоколова, сверху горизонтальной линией, соединяющей наивысшую точку линии с позвоночником, а с внутренней стороны линией позвоночника. Образованная указанными линиями зона имеет треугольную форму и называется треугольником Гарлянда.

Третья зона располагается над треугольником Гарлявда и линией Дамуазо Соколова и включает в себя неприкрытую и неподжатую жидкостью часть легкого. По мере накопления жидкости происходит спадение легкого и смещение средостения в здоровую сторону.

При **аускультации** здесь же обнаруживается дыхание с бронхиальным оттенком, а нередко и бронхиальное дыхание. В третьей зоне определяются не измененные голосовое дрожание и перкуторный легочный звук. Если же в этой части легкого развивается **викарная эмфизема**, то отмечается **коробочный оттенок перкуторного звука**.

- **Наличие жидкости в плевральной полости служит показанием к пробной плевральной пункции, которая позволяет подтвердить наличие жидкости и определить ее характер. Сразу после плевральной пункции необходимо произвести повторное рентгенологическое исследование легких, которое может оказаться решающим в определении диагноза.**