

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Министерства Здравоохранения РФ
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно- исследовательская работа на тему:

Плевриты

Выполнила: студентка 4 группы
4 курса, педиатрического факультета
Гаврилишина Эмилия Валерьевна

5 

Содержание:

Введение.....	3
1. Этиология и патогенез.....	5
1.1. Классификация плевритов.....	7
2. Клиническая картина.....	8
2.1. Экссудативный плеврит.....	8
2.2. Сухой плеврит.....	12
2.3. Туберкулезный плеврит.....	13
3. Диагностика плевритов.....	18
4. Лечение.....	22
Заключение.....	25
Список литературы.....	26

Введение

Плеврит – воспаление висцерального (легочного) и париетального (пристеночного) листков плевры. Плеврит может сопровождаться накоплением выпота в плевральной полости (экссудативный плеврит) или же протекать с образованием на поверхности воспаленных плевральных листков фибриновых наложений (фибринозный или сухой плеврит). Диагноз «плеврит» ставится 5-10% всех больных, находящихся на лечении в терапевтических стационарах. Плевриты могут отягощать течение различных заболеваний в пульмонологии, фтизиатрии, кардиологии, ревматологии, онкологии. Статистически чаще плеврит диагностируется у мужчин среднего и пожилого возраста.

Механизм развития плевритов различной этиологии имеет свою специфику. Возбудители инфекционных плевритов непосредственно воздействуют на плевральную полость, проникая в нее различными путями. Контактный, лимфогенный или гематогенный пути проникновения возможны из субплеврально расположенных источников инфекции (при абсцессе, пневмонии, бронхоэктатической болезни, нагноившейся кисте, туберкулезе). Прямое попадание микроорганизмов в плевральную полость происходит при нарушении целостности грудной клетки (при ранениях, травмах, оперативных вмешательствах).

Плевриты могут развиваться в результате повышения проницаемости лимфатических и кровеносных сосудов при системных васкулитах, опухолевых процессах, остром панкреатите; нарушения оттока лимфы; снижения общей и местной реактивности организма.

Незначительное количество экссудата может обратно всасываться плеврой, оставляя на ее поверхности фибриновый слой. Так происходит формирование сухого (фибринозного) плеврита. Если образование и накопление выпота в плевральной полости превышает скорость и возможность его оттока, то развивается экссудативный плеврит.

Острая фаза плевритов характеризуется воспалительным отеком и клеточной инфильтрацией листков плевры, скоплением экссудата в плевральной полости. При рассасывании жидкой части экссудата на поверхности плевры могут образовываться шварты - фибриновые плевральные наложения, ведущие к частичному или полному плевросклерозу (облитерации плевральной полости).

1.Этиология и патогенез.

В зависимости от этиологии все плевриты можно разделить на 2 группы: инфекционные и неинфекционные (асептические).

При инфекционных плевритах воспалительный процесс в плевре обусловлен воздействием инфекционных агентов (бактерии, микобактерии, риккетсии, простейшие, грибы, паразиты, вирусы), при неинфекционных плевритах воспаление плевры возникает без участия патогенных микроорганизмов.

Наиболее часто инфекционные плевриты наблюдаются при пневмониях различной этиологии и туберкулезе, реже – при абсцессе легкого, нагноившихся бронхоэктазах.

Неинфекционные (асептические) плевриты наблюдаются при следующих заболеваниях:

злокачественные опухоли, системные заболевания соединительной ткани, системные васкулиты, травмы грудной клетки, переломы ребер, оперативные вмешательства, инфаркт легкого вследствие тромбоэмболии легочной артерии, острый панкреатит, инфаркт миокарда, геморрагические диатезы, хроническая почечная недостаточность.

Патогенез инфекционных плевритов.

Важнейшим условием развития инфекционных плевритов является проникновение возбудителя в плевральную полость одним из следующих путей:

- 1.непосредственный переход инфекции из инфекционных очагов в
- 2.лимфогенное инфицирование полости плевры,
- 3.гематогенный путь проникновения инфекции,
- 4.прямое инфицирование плевры из внешней среды при ранениях и операциях.

Инфекционные агенты вызывают развитие воспалительных процессов в плевре. Этому способствует нарушение функции местной бронхопульмональной защиты и системы иммунитета в целом. В ряде случаев большое значение имеет предшествующая сенсibilизация организма инфекционным агентом (МБТ).

В первые сутки развития плеврита происходит расширение лимфатических капилляров, повышение проницаемости сосудов, отек плевры, клеточная инфильтрация субплеврального слоя, наблюдается умеренный выпот в плевральную полость. Жидкая часть выпота всасывается и на поверхности плевры остается выпавший из экссудата фибрин – так формируется фибринозный (сухой) плеврит.

При высокой интенсивности воспалительного процесса создаются условия для развития экссудативного плеврита:

1. резкое повышение проницаемости кровеносных капилляров плевры и образование большого количества воспалительного экссудата,
2. увеличение онкотического давления в полости плевры в связи с наличием белка в воспалительном экссудате,
3. сдавление лимфатических капилляров обоих плевральных листков и лимфатических “люков” париетальной плевры и закрытие их выпавшей пленкой фибрина,
4. превышение скорости экссудации над скоростью всасывания выпота.

Наиболее часто обнаруживается серозно-фибринозный экссудат. При инфицировании пиогенной микрофлорой он становится серозно-гнойным, а затем гнойным (эмпиема плевры).

В дальнейшем, по мере обратного развития патологического процесса, скорость резорбции начинает постепенно преобладать над скоростью экссудации и жидкая часть экссудата рассасывается. Фибринозные

наложения на плевре подвергаются рубцеванию, формируются шварты, которые могут вызывать облитерацию плевральной полости.

Гнойный экссудат никогда не резорбируется, он может эвакуироваться только при прорыве эмпиемы плевры через бронх наружу или может быть удален при пункции или дренировании плевральной полости.

1.1. Классификация плевритов.

По этиологии:

- инфекционные (по инфекционному возбудителю — пневмококковый, стафилококковый, туберкулезный и др. плевриты)
- неинфекционные (с обозначением заболевания, приводящего к развитию плеврита — рак легкого, ревматизм и т. д.)
- идиопатические (неясной этиологии)

По наличию и характеру экссудата:

- экссудативные (плевриты с серозным, серозно-фибринозным, гнойным, гнилостным, геморрагическим, холестериновым, эозинофильным, хилезным, смешанным выпотом)
- фибринозные (сухие)

По течению воспаления:

- острые
- подострые
- хронические

По локализации выпота:

- диффузные

- осумкованные или ограниченные (пристеночный, верхушечный, диафрагмальный, костодиафрагмальный, междолевой, парамедиастинальный).

2. Клиническая картина.

2.1. Экссудативный плеврит.

Экссудативный плеврит характеризуется скоплением экссудата в полости плевры при воспалительных процессах в листках плевры и прилегающих органах.

По характеру выпота экссудативные плевриты подразделяются:

- серозно-фибринозные,
- гнойные,
- гнилостные,
- геморрагические,
- эозинофильные,
- холестериновые,
- хилезные.

Наиболее частой причиной этих плевритов является туберкулез, а также пневмония. Клиническая симптоматика экссудативного плеврита достаточно однотипна при различных видах выпота. Окончательный характер выпота устанавливается с помощью плевральной пункции.

Жалобы: вначале больных беспокоит острая, интенсивная боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле. С появлением выпота боли ослабевают или исчезают в связи с тем, что плевральные листки разъединяются жидкостью, появляется чувство тяжести в грудной клетке, одышка, сухой кашель (рефлекторный), повышается температура тела.

Возможно и острое начало заболевания: быстро повышается температура тела, появляется острая колющая боль в боку, одышка, выраженные симптомы интоксикации – головная боль, потливость, анорексия.

При осмотре больных экссудативным плевритом выявляются характерные признаки заболевания:

- вынужденное положение – больные предпочитают лежать на больном боку, что ограничивает смещение средостения в здоровую сторону, при очень больших выпотах больные занимают полусидячие положение,
- цианоз и набухание шейных вен, вследствие нарушения оттока,
- одышка,
- увеличение объема грудной клетки на стороне поражения, сглаженность и выбухание межреберных промежутков,
- ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки на стороне поражения,
- отечность и более толстая складка кожи в нижних отделах грудной клетки на стороне поражения (с-м Винтриха).

При перкуссии легких выявляют следующие важнейшие симптомы наличия жидкости в плевральной полости:

- тупой перкуторный звук над зоной выпота. Считается, что с помощью перкуссии можно определить наличие жидкости в плевральной полости, если ее количество не менее 300-400 мл, а повышение уровня притупления на одно ребро соответствует увеличению количества жидкости на 500 мл. Характерна выраженная тупость перкуторного звука (“тупой бедренный звук”). Верхняя граница тупости (линия Соколова-Эллиса-Дамуазо) проходит от позвоночника кверху кнаружи до лопаточной линии и далее кпереди косо вниз.
- притупление перкуторного звука на здоровой стороне в виде прямоугольника Рауфуса (обусловлено смещением грудной аорты)

•ясный легочный звук в зоне треугольника Гарланда на больной стороне. Один катет – позвоночник, другой – прямая, соединяющая вершину линии Соколова-Эллиса-Дамуазо с позвоночником;

•зона тимпанического звука (зона Шкода) – располагается над верхней границей экссудата, имеет высоту 4-5-см (вследствие преобладания колебаний воздуха в альвеолах над колебаниями их стенок).

•при левостороннем экссудативном плеврите исчезает пространство Траубе (зона тимпанита в нижних отделах левой половины грудной клетки, обусловленного газовым пузырем желудка)

•определяется смещение сердца в здоровую сторону.

При аускультации легких характерны следующие данные:

•при больших объемах выпота везикулярное дыхание не прослушивается. При меньших количествах жидкости может выслушиваться резко ослабленное везикулярное дыхание.

•выслушивается бронхиальное дыхание, т.к. легочная паренхима сдавлена и становится плотноватой. При очень больших количествах жидкости бронхиальное дыхание не выслушивается.

•у верхней границы экссудата прослушивается шум трения плевры за счет соприкосновения при дыхании воспаленных плевральных листков.

•над областью выпота резко ослаблено голосовое дрожание.

При аускультации сердца обращает на себя внимание приглушенность сердечных тонов, возможны различные нарушения ритма сердца.

Артериальное давление имеет тенденцию к снижению, при больших выпотах в полости плевры возможна значительная гипотензия.

Лабораторные данные:

1.ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость лейкоцитов, увеличение СОЭ. М.б. нормохромная или гипохромная анемия.

2.ОАМ – небольшая протеинурия, единичные свежие эритроциты, клетки почечного эпителия.

3.АК – диспротеинемия (снижение уровня альбуминов и повышение А2 и G-глобулинов), повышение содержания сиаловых кислот и фибриногена, возможно повышение АТ.

Рентгенологические исследования:

С помощью рентгенологического метода выявляется количество жидкости не менее 300-400 мл, а при латероскопии – не менее 100 мл.

Чаще всего при свободном выпоте в плевральную полость обнаруживается интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей, идущей книзу и кнутри, средостение смещается в здоровую сторону.

При выпотах небольшого объема затемнение может занимать лишь реберно-диафрагмальный синус, при этом отмечается высокое расположение купола диафрагмы. По мере увеличения количества жидкости купол диафрагмы опускается.

Небольшие количества жидкости в плевральной полости выявляются с помощью латерографии. – при наличии свободной неосумкованной жидкости обнаруживается пристеночная лентовидная тень.

При сформировавшихся плевральных сращениях возникают осумкованные выпоты, которые хорошо распознаются рентгенологически. В зависимости от локализации выделяют:

- 1.реберно-диафрагмальный,
- 2.паракостальный,

- 3.апикальный,
- 4.парамедиастинальный,
- 5.наддиафрагмальный,
- 6.междолевой выпоты.

Рентгенологические исследования следует проводить до и после проведения плевральной пункции.

Ультразвуковое исследование: при УЗ-исследовании свободная жидкость в плевральной полости выявляется легко.

Если объем выпота небольшой, он выглядит в виде клиновидных эхоегативных участков. При увеличении количества жидкости эхонегативное пространство расширяется, сохраняя клиновидную форму.

Образующиеся в экссудате нити фибрина выявляются в виде экзогенных линий различной длины и толщины.

В течении экссудативного плеврита выделяют 3 периода:

экссудации, стабилизации и резорбции.

2.2.Сухой плеврит.

Как правило, являясь вторичным процессом, осложнением или синдромом других заболеваний, симптомы плеврита могут превалировать, маскируя основную патологию. Клиника сухого плеврита характеризуется колющими болями в грудной клетке, усиливающимися при кашле, дыхании и движении. Пациент вынужден принимать положение, лежа на больном боку, для ограничения подвижности грудной клетки. Дыхание поверхностное, щадящее, пораженная половина грудной клетки заметно отстает при дыхательных движениях. Характерным симптомом сухого плеврита является выслушиваемый при аускультации шум трения плевры, ослабленное дыхание в зоне фибринозных плевральных наложений.

Температура тела иногда повышается до субфебрильных значений, течение плеврита может сопровождаться ознобами, ночным потом, слабостью.

Диафрагмальные сухие плевриты имеют специфическую клинику: боли в подреберье, грудной клетке и брюшной полости, метеоризм, икота, напряжение мышц брюшного пресса.

Развитие фибринозного плеврита зависит от основного заболевания. У ряда пациентов проявления сухого плеврита проходят спустя 2-3 недели, однако, возможны рецидивы. При туберкулезе течение плеврита длительное, нередко сопровождающееся выпотеванием экссудата в плевральную полость.

2.3. Туберкулезный плеврит.

Туберкулез является частой причиной экссудативных плевритов. Чаще туберкулезный плеврит развивается на фоне какой либо формы туберкулеза легких, реже – может оказаться единственной клинической формой туберкулеза.

Туберкулезный плеврит представляет собой воспаление плевры, обусловленное микобактериями туберкулеза. Среди легочных форм туберкулеза плеврит составляет 6-8% и наиболее часто встречается в детском, подростковом и молодом возрасте. В этих возрастных группах на долю туберкулезной этиологии приходится от 50 до 90% всех экссудативных плевритов. Туберкулезный плеврит может протекать как в виде самостоятельной формы туберкулеза, так и быть осложнением. Туберкулезные поражения плевры в детском и подростковом возрасте чаще всего возникают как осложнение первичного туберкулезного комплекса или туберкулеза внутригрудных лимфоузлов. Плеврит чаще всего развивается через 6-12 месяцев после инфицирования и может быть первым клиническим проявлением туберкулеза.

В зависимости от особенностей патогенеза и клинического течения различают 3 основных варианта туберкулезного плеврита: аллергический, перифокальный, туберкулез плевры.

Аллергический плеврит является по своей сути параспецифической реакцией. Он возникает остро, с быстрым накоплением экссудата и с относительно быстрой обратной динамикой: в течение 3-4 недель может произойти рассасывание экссудата. Экссудат, как правило, серозный, лимфоцитарный, реже – эозинофильный. Микобактерии в экссудате не обнаруживаются. Одновременно с плевритом могут быть обнаружены и другие параспецифические реакции в виде узловатой эритемы, фликтен, кератоконъюнктивита, артрита, полисерозита.

Аллергический плеврит: является гиперергическим, для него характерны следующие особенности: 1.острое начало с болями в грудной клетке, высокой температурой тела, быстрым накоплением экссудата, выраженной одышкой;

2.быстрая положительная динамика;

3.повышенная чувствительность к туберкулину;

4.эозинофилия в периферической крови и значительное увеличение СОЭ;

5.экссудат преимущественно серозный, содержит большое количество лимфоцитов, иногда эозинофилов;

6.редкое сочетание с другими проявлениями – полиартритом, узловатой эритемой;

7.отсутствие МБТ в плевральном выпоте.

Перифокальный плеврит – воспалительный процесс в плевральных листках при наличии легочного туберкулеза – очагового, инфильтративного и др.

Перифокальный плеврит возникает в связи с переходом воспалительного процесса на плевру из субплеврально расположенного первичного аффекта, легочного очага или инфильтрата. На междолевую и медиастинальную плевру процесс может распространяться из близко расположенных казеозно-измененных внутригрудных лимфатических узлов. Перифокальный выпот протекает на фоне как гиперергической, так и умеренной чувствительности к туберкулину. Количество экссудата в плевральной полости бывает различным: от минимального (слипчивый, адгезивный, фибропластический плеврит) до значительного количества. Экссудат серозный, серозно-фибринозный, фибринозный, по клеточному составу – лимфоцитарный. Микобактерии в экссудате обнаруживают редко. Течение процесса обычно длительное, торпидное, рецидивирующее.

Особенностями перифокального выпота являются:

1. длительное, часто рецидивирующее течение экссудативного плеврита;
2. образование большого количества плевральных шварт в фазу резорбции;
3. серозный характер экссудата с большим количеством лимфоцитов и высоким содержанием лизоцима;
4. отсутствием МБТ в экссудате;
5. наличие одной из форм туберкулезного поражения легких;
6. положительные туберкулиновые пробы.

Туберкулез плевры – непосредственное поражение плевры туберкулезным процессом, может быть единственным проявлением туберкулеза или сочетаться с другими формами туберкулеза легких.

Туберкулез плевры характеризуется появлением множественных мелких очагов на плевральных листках, но возможно и появление крупных очагов казеозного некроза. Иногда возникает обширная казеозно-некротическая реакция.

Поражение возникает гематогенным путем либо при прорыве казеозно-некротического очага или каверны в плевральную полость. Кроме того, развивается экссудативная реакция плевры с накоплением выпота в плевральной полости. Экссудат при туберкулезе плевры серозный лимфоцитарный, серозный нейтрофильный или гнойный (эмпиема плевры). Серозный лимфоцитарный экссудат наблюдается при экссудативном воспалении плевры.

Серозный нейтрофильный экссудат свидетельствует о развивающейся казеозно-некротической реакции. При обширных казеозно-некротических изменениях экссудат становится серозно-гнойным или гнойным. В выпоте могут быть микобактерии туберкулеза. Этот вариант течения заболевания является наиболее тяжелым.

Клинические особенности туберкулеза плевры:

1. длительное течение заболевания с упорным накоплением выпота;
2. экссудат может быть серозным с большим количеством лимфоцитов и лизоцима или нейтрофилов (при казеозном некрозе отдельных очагов). При распространенном казеозном поражении плевры экссудат становится серозно-гнойным или гнойным с большим количеством нейтрофилов;
3. в плевральном выпоте обнаруживают МБТ (как при микроскопии, так и при посеве).

При распространенном некрозе плевры и блокаде механизмов резорбции экссудата может развиваться гнойный туберкулезный плеврит – туберкулезная эмпиема плевры.

Эмпиема плевры характеризуется следующими клиническими и лабораторными особенностями:

- появляются интенсивные боли в грудной клетке и одышка;
- температура тела повышается до 39-40 С, появляются потрясающие ознобы и профузная потливость;
- возникает припухлость тканей грудной клетки на стороне поражения;
- отмечаются выраженные симптомы интоксикации – головная боль, общая слабость, анорексия, миалгии, артралгии;
- анализ периферической крови характеризуется значительным лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, резким увеличением СОЭ, токсической зернистостью нейтрофилов;
- характерна склонность к осумкованию;
- Экссудат гнойный, клеточный состав характеризуется большим количеством нейтрофильных лейкоцитов (более 85% всех клеток), низким уровнем глюкозы (менее 1,6 ммоль/л), отсутствием фибриногена (сгусток не формируется), высоким содержанием общей лактатдегидрогеназы (более 5,5 ммоль/л/ч), величиной рН <7,2;
- из экссудата удается выделить культуру возбудителя.

Туберкулезная эмпиема может осложниться образованием бронхоплеврального или торакального свища. В случае прорыва содержимого плевральной полости в бронх больной выделяет гной с кашлем, иногда в большом количестве. Всегда возникает опасность аспирационной пневмонии. При рентгенологическом исследовании в вертикальном положении больного обнаруживают спадение легкого и горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости.

При прорыве гноя через межреберный промежуток он может собраться под поверхностным слоем мышц грудной стенки или в подкожной клетчатке или прорваться наружу с формированием плевроторакального свища.

При постановке диагноза туберкулезного плеврита значение имеют:

- данные анамнеза;
- сведения о контакте с больным туберкулезом;
- обнаружение МБТ в плевральном выпоте;
- выявление внеплевральных форм туберкулеза;
- специфические результаты биопсии плевры и данные торакоскопии;
- молодой возраст пациента;
- гиперергические реакции на пробу Манту с 2 ТЕ

Подтверждение туберкулезной этиологии плевритов в ряде случаев представляет значительные трудности. Наиболее часто приходится дифференцировать с плевритом при бактериальных пневмониях, реже – с плевритами при коллагенозах и ревматизме, онкологических заболеваниях.

3. Диагностика плевритов.

Диагностика плеврита как клинического состояния обычно не представляет особых трудностей. Основная диагностическая сложность при данной патологии состоит в том, чтобы определить причину, вызвавшую воспаление плевры и формирование плеврального выпота.

Для диагностики плеврита используются следующие обследования:

- осмотр и опрос больного;
- клиническое обследование больного;
- рентгенологическое исследование;
- анализ крови;

- анализ плеврального выпота;
- микробиологическое исследование.

Осмотр и опрос больног.

Во время опроса больного врач выявляет основные клинические симптомы, время их начала, их характеристику. Определяются факторы, которые могли в той или иной степени спровоцировать недуг, выясняются сопутствующие патологии. Во время осмотра врач визуально оценивает общее состояние больного, определяет существующие отклонения от нормы.

При осмотре могут быть выявлены следующие патологические признаки:

1. отклонение трахеи в здоровую сторону;
2. посинение кожных покровов (указывает на серьезную дыхательную недостаточность);
3. признаки закрытого или открытого травматизма грудной клетки;
4. выбухание в области межреберных промежутков с пораженной стороны (за счет большого объема скопившейся жидкости);
5. наклон тела в пораженную сторону (уменьшает движение легкого и, соответственно, раздражение плевры при дыхании);
6. выбухание вен шеи (в связи с повышением внутригрудного давления);
7. отставание пораженной половины грудной клетки во время дыхания.

Клиническое обследование больного

Во время клинического обследования врач производит следующие манипуляции:

- **Аускультация.** Аускультацией называется метод обследования, при котором врач выслушивает звуки, возникающие в теле человека с помощью стетоскопа (до его изобретения – непосредственно ухом). При аускультации больных с плевритом может быть выявлен шум трения плевры, который возникает при трении покрытых нитями фибрина плевральных листков. Данный звук выслушивается во время дыхательных движений, не изменяется

после покашливаний, сохраняется при имитации дыхания (осуществление нескольких дыхательных движений с закрытым носом и ртом). При выпотном и гнойном плеврите в области скопления жидкости отмечается ослабление дыхательных шумов, которые иногда могут вообще не выслушиваться.

- Перкуссия. Перкуссия – это метод клинического обследования больных, при котором врач с помощью собственных рук или специальных приспособлений (молоточка и небольшой пластинки - плессиметра) выстукивает органы или образования различной плотности в полостях пациента. Методом перкуссии может быть определено скопление жидкости в одном из легких, так как при перкуссии над жидкостью возникает более высокий, тупой звук, отличающийся от звука, возникающего над здоровой легочной тканью. При выстукивании границ данной перкуторной тупости определяется, что жидкость в плевральной полости образует не горизонтальный, а несколько кривой уровень, что объясняется неравномерным сдавлением и смещением легочной ткани.
- Пальпация. С помощью метода пальпации, то есть при «ощупывания» больного, могут быть выявлены зоны распространения болезненного ощущения, а также некоторые другие клинические признаки. При сухом плеврите наблюдается болезненность при надавливании между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, а также в области хряща десятого ребра. При приложении ладоней в симметричных точках грудной клетки отмечается некоторое отставание пораженной половины в акте дыхания. При наличии плеврального выпота ощущается ослабление голосового дрожания.

В большинстве случаев данных, полученных в результате клинического обследования и опроса, достаточно для того, чтобы диагностировать плеврит.

Однако полученная информация не позволяет достоверно определить причину недуга, а кроме того, не является достаточной для дифференциации данного состояния с рядом других заболеваний, при которых в полости плевры также скапливается жидкость.

Рентгенологическое обследование.

Рентгенологическое обследование является одним из наиболее информативных диагностических методов при плеврите, так как позволяет выявлять признаки воспаления плевры, а также определять количество накопившейся в плевральной полости жидкости. Кроме того, с помощью рентгена легких могут быть выявлены признаки некоторых патологий, которые могли стать причиной развития плеврита (пневмония, туберкулез, опухоли и пр.).

При сухом плеврите на рентгене определяются следующие признаки:

- с пораженной стороны купол диафрагмы находится выше нормы;
- снижение прозрачности легочной ткани на фоне воспаления серозной оболочки.

При выпотном плеврите выявляются следующие рентгенологические признаки:

- сглаживание диафрагмального угла (за счет скопления жидкости);
- однородное затемнение нижней области легочного поля с косой границей;
- смещение средостения в сторону здорового легкого.

Анализ крови.

В общем анализе крови выявляются признаки воспалительной реакции (повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ)), а также повышенное содержание лейкоцитов или лимфоцитов (при инфекционной природе поражения плевры).

Биохимический анализ крови позволяет выявить изменение соотношения белков в плазме крови за счет увеличения содержания альфа-глобулинов и С-реактивного белка.

Анализ плеврального выпота.

Анализ плеврального выпота позволяет судить о первоначальной причине патологии, что имеет крайне важное значение для диагностики и последующего лечения.

Лабораторный анализ плеврального выпота позволяет определять следующие показатели:

- количество и тип белков;
- концентрация глюкозы;
- концентрация молочной кислоты;
- количество и тип клеточных элементов;
- наличие бактерий.

Микробиологическое исследование.

Микробиологическое исследование мокроты или плевральной жидкости позволяет выявлять инфекционных агентов, которые могли стать причиной развития воспалительной реакции в плевральной полости. В большинстве случаев проводится прямая микроскопия мазков, изготовленных из данных патологических материалов, однако может быть выполнен их посев на благоприятные среды для дальнейшей идентификации.

4.Лечение.

Лечение комплексное, включает активное воздействие на основное заболевание и раннее энергичное лечение плеврита, при выпотном плеврите проводится в стационаре. Лечение складывается из следующих компонентов.

Включение средств, направленных на мобилизацию защитно-иммунобиологических реакций организма: индивидуальный режим (в остром периоде постельный), рациональная витаминизированная диета с достаточным количеством белка (1,5-2 г/кг), ограничением воды и поваренной соли, парентеральное введение аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, внутривенные капельные введения плазмозамещающих растворов, индивидуально дозированная лечебная физкультура, кислородотерапия, в период стихания плеврита - физические методы лечения.

Антибактериальная терапия при инфекционно-аллергических плевритах и целенаправленная химиотерапия при плевритах другой этиологии (например, опухолевой); антибиотики и химиопрепараты вводят парентерально, при показаниях - внутривнеплеврально.

Санация плевральной полости путем эвакуации экссудата, а при необходимости - промываний антисептическими растворами. Показания к срочной эвакуации: смещение сердца и крупных сосудов в здоровую сторону с выраженным нарушением функции сердца, коллапс легкого (тяжелая одышка, цианоз, частый малый пульс, артериальная гипотензия). Несрочные показания: вялое, затяжное течение плеврита, отсутствие тенденции к рассасыванию экссудата.

Назначение десенсибилизирующих и противовоспалительных средств (натрия салицилат и другие препараты салициловой кислоты, бутадиион или фенилбутазон, амидопирин, хлорид кальция). При плевритах туберкулезной и ревматической этиологии эффективно применение преднизолона в суточной дозе 15-20 мг.

Симптоматическая терапия - согревающие компрессы, горчичники, иммобилизация больной половины грудной клетки тугим бинтованием (при боли), кодеин, этилморфина гидрохлорид при кашле; кардиотонические средства при недостаточности кровообращения.

В дальнейшем больные подлежат диспансерному наблюдению в течение 2-3 лет. Исключаются профессиональные вредности, рекомендуется высококалорийное питание, богатое витаминами.

При развитии гнойного плеврита с абсцедированием в некоторых случаях проводят хирургическое лечение (плеврэктомию, декорткацию легкого и т.д. в зависимости от причины развития плеврита).

Заключение

Плеврит представляет собой воспаление плевральных листков, сопровождающееся выпотеванием в плевральную полость экссудата того или иного характера. Иногда тем же термином обозначают и невоспалительные процессы в плевре, сопровождающиеся скоплением в ней патологической жидкости (карциноматозный плеврит, хилезный плеврит), а также необратимые изменения в плевре, являющиеся исходом закончившегося воспаления (адгезивный плеврит, оссифицирующий плеврит и т. д.). Как правило, плеврит не является самостоятельным заболеванием, а представляет собой патологическое состояние, осложняющее течение тех или иных процессов в легких и, значительно реже, в грудной стенке, средостении, диафрагме и поддиафрагмальном пространстве, или же проявление общих (системных) заболеваний, в том числе и протекающих без отчетливого поражения соприкасающихся с плеврой тканей. Несмотря на вторичность почти всех воспалительных и реактивных процессов в плевре, последние отличаются своеобразием клинических проявлений, нередко определяют особенности течения и тяжесть основного заболевания и в ряде случаев требуют принятия специальных лечебных мер. Это оправдывает отдельное рассмотрение плевритов среди других заболеваний органов дыхания.

Достоверных статистик, касающихся частоты плевритов и смертности от них, нет, поскольку в большинстве случаев плевриты регистрируются под рубриками основных заболеваний, которые они осложняют, а нередко маскируются другими проявлениями последних и не распознаются вовсе. Плевральные сращения, являющиеся свидетельством перенесенного в прошлом воспалительного процесса в плевре, обнаруживались во время вскрытий у 48 % лиц, погибших от несчастных случаев, и у 80,5 % умерших от различных заболеваний.

Список литературы

1. Болезни органов дыхания / ред. Н.Р. Палеев. - М.: Медицина, 2014г.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей. В трех томах. Том 2. Болезни органов дыхания, почек, эндокринной системы. - М.: Медицина, 2015г.
3. Внутренние болезни: Учебник: в 2х томах, 2 том./ Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, 2-е издание, испр. и доп.- 2012г.
4. Пульмонология: клин. рекомендации / гл. ред. А. Г. Чучалин ; Рос. респиратор. о-во. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008г.
5. Ивашкин В. Т. Пропедевтика внутренних болезней. Пульмонология: учеб.пособие / В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011г.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __4__ группы

Гаврилишина Эмилия Валерьевна

**(по результатам прохождения производственной клинической практики
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

Представленная научно-исследовательская работа полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В целом работа выполнена на высоком уровне и заслуживает оценки «отлично» (5).



(подпись)