

Презентация лекции

«ПЛЕВРИТЫ»

для студентов 4 курса

Р.А. Александрова,
доцент кафедры госпитальной терапии
им. акад. М.В. Черноруцкого

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Плеврит - не самостоятельное заболевание, а осложнение. Исключение составляют мезотелиома плевры и травматический плеврит. Экссудат – плевральный выпот воспалительного происхождения. Транссудат – невоспалительный выпот в плевральной полости.
2. По этиологии плевриты разделяют на две группы: инфекционные (неспецифические и специфические) и неинфекционные.
3. Особенности клинической картины плевритов обусловлены характером основного заболевания, возбудителем, распространенностью выпота.
4. Выбор адекватной терапии связан с предполагаемым возбудителем, распространенностью плеврита, синдромной характеристикой патологического процесса.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЛЕВРИТОВ

◆ ПО ЭТИОЛОГИИ

• Инфекционные

- Специфические (туберкулезные)
- Неспецифические (микробные, вирусные, грибковые, паразитарные и др.)

• Неинфекционные

- Опухолевые
- При ТЭЛА с инфаркт-пневмонией
- При диффузных болезнях соединительной ткани и др.

- ◆ **ПО НАЛИЧИЮ ВЫПОТА**
 - Сухой (фибринозный)
 - Выпотной (экссудативный)
 - Слипчивый (отложение фибрина преобладает над выпотом)
- ◆ **ПО ХАРАКТЕРУ ЭКССУДАТА**
 - Серозный или серозно-фибринозный
 - Гнойный
 - Геморрагический (ТЭЛА, мезотелиома плевры, карциноматоз плевры, туберкулёз, травматический плеврит)
 - Эозинофильный
 - Хилезный (с высоким содержанием триглицеридов)
 - Псевдохилезный (с высоким уровнем холестерина)
- ◆ **ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ**
 - Диффузный
 - Осумкованный
- ◆ **ПО ТЕЧЕНИЮ**
 - Острый
 - Подострый
 - Хронический

ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

Основной: Внебольничная пневмония в 8-9 сегментах нижней доли левого легкого (возбудитель – *Str. pneumoniae*), среднетяжелое течение.

Осложнения: Левосторонний парапневмонический экссудативный плеврит. Дыхательная недостаточность II степени.

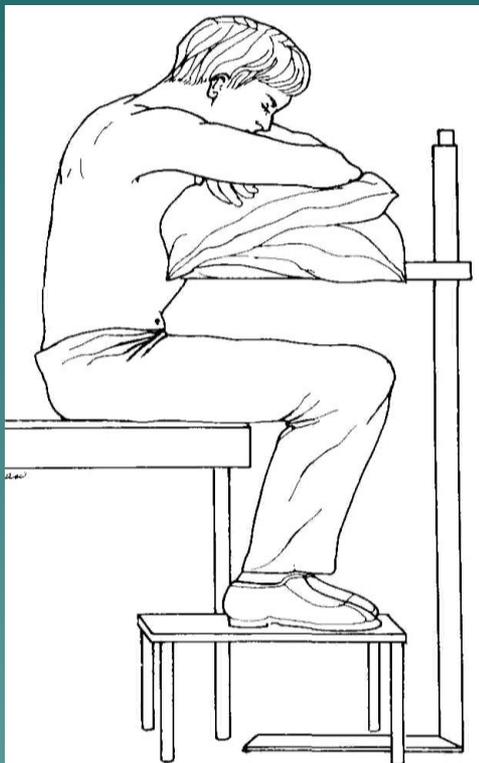
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ФОРМ ПЛЕВРИТОВ

- При **парапневмонических** плевритах выпот небольшой, рассасывание плеврита происходит быстрее, чем легочной инфильтрации
- **Метапневмонические** плевриты протекают тяжелее, часто осложняются нагноением.
- **Эмпиема плевры** характеризуется выраженным интоксикационным синдромом, неспособностью гнойного выпота к резорбции и гистолитическими свойствами экссудата.
- **Туберкулезный** плеврит часто развивается при первичном туберкулезе легких, протекает нередко с другими проявлениями полисерозита, обычно осложняет течение инфильтративного и диссеминированного туберкулеза легких.
- **Опухолевый** (метастатический) плеврит является частым осложнением при раке легкого, молочной железы, яичников, а также при лимфомах и лейкозах. Для злокачественных плевритов характерна неиссякаемость и большое количество выпота.
- **Мезотелиома плевры** (у людей, контактирующих с асбестом, характеризуется продолжительным инкубационным периодом. Боли в грудной клетке не уменьшаются при накоплении выпота)

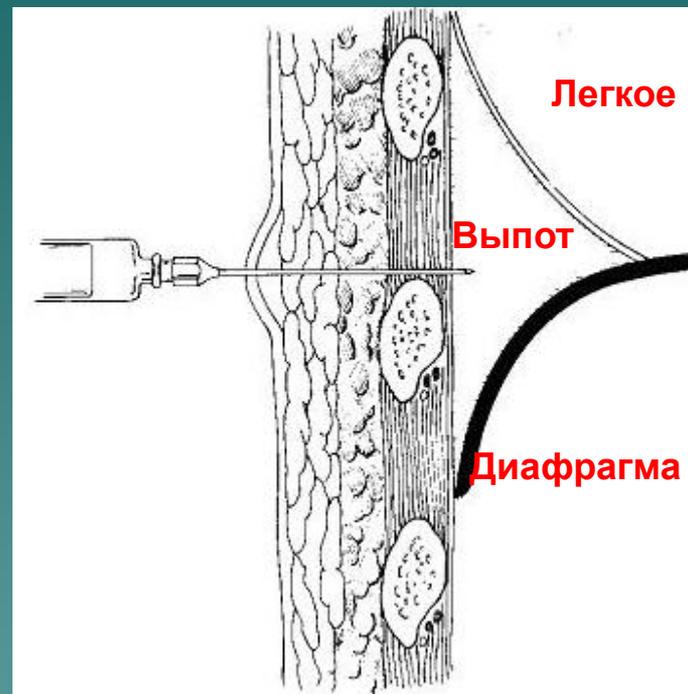
- Плеврит при ТЭЛА (часто геморрагический, может осложняться нагноением)
- Плевриты при диффузных болезнях соединительной ткани обычно самостоятельного значения не имеют и характеризуются повышенным содержанием фибрина, двусторонней локализацией процесса, склонностью к образованию спаек.
- Постинфарктный аутоиммунный синдром Дресслера развивается обычно в подостром периоде ОИМ, на 2-8 неделе после начала инфаркта, однако описаны случаи развития аутоиммунного синдрома и через 1 неделю после возникновения инфаркта миокарда. В типичных случаях проявляется сочетанием симптомов: перикардита, пневмонита, плеврита (синдром трёх П), лихорадки, эозинофилии, увеличения СОЭ. Нередко в воспалительный процесс вовлекаются суставы. Характерны отсутствие эффекта от антибактериальной терапии и благоприятное действие аспирина и кортикостероидов.
- Синдром Мейгса - сочетание асцита, плеврального выпота и явлений общего истощения при доброкачественных (фиброма и киста яичника, фибромиома матки) и некоторых злокачественных (без признаков метастазирования) опухолях органов малого таза. После удаления опухоли выпот исчезает.

ТОРАКОЦЕНТЕЗ

Плевральная пункция обычно проводится по верхнему краю нижележащего ребра в 8 межреберье по лопаточной линии



Положение
больного



Положение пункционной
иглы

АНАЛИЗ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

включает дифференциальную диагностику
транссудата и экссудата и верификацию
этиологии плеврита

- Клеточный состав
- Биохимические исследования
- Цитологическое исследование
- Бактериологические исследования
- Иммунологические исследования

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

ПОКАЗАТЕЛЬ	ТРАНССУДАТ	ЭКССУДАТ
Плотность (уд. вес)	< 1,015	> 1,018
pH	7.2	<7.2
Белок - абс. количество - соотношение плевр. выпот/сыворотка	< 25 г/л < 0.5	> 30 г/л > 0.5
Проба Ривальта	отрицательная	положительная
ЛДГ - абс. количество - соотношение плевр. выпот/сыворотка	< 200 ЕД/л (< 1.6 ммоль/л) < 0.6	> 200 ЕД/л (> 1.6 ммоль/л) > 0.6
Уровень глюкозы выпота	< 3,3 (равен содержанию в сыворотке)	чаще > 3,3
Отношение глюкоза выпота/глюкоза сыворотки	> 0.5	< 0.5
Лейкоциты	< 1×10^9 /л (до 15 в п/зр.)	> 1×10^9 /л (> 15 в п/зр.) ₁₀
Эритроциты	< 5000 в 1 мл (3-5 в п/зр.)	вариабельно

При подозрении на туберкулезный плеврит и отсутствии микобактерий туберкулеза в мокроте и плевральном выпоте проводят фибробронхоскопию, туберкулиновую пробу (проба Манту 2 ТЕ), серологические реакции на туберкулез, определяют уровень **аденозин-дезаминазы** (АДА) в плевральном выпоте.

Повышение ферментативной активности АДА в различных биологических жидкостях, в том числе в плевральном выпоте и в сыворотке крови, наблюдается при туберкулезном плеврите и туберкулезе легких. АДА при туберкулезном экссудате может составлять более 35 единиц, при раковом выпоте уровень АДА значительно ниже.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ПЛЕВРИТОВ

- антибиотики или противогрибковые препараты, при особом виде инфекции (сифилис, туляремия, паразиты) - специфическая терапия, при обнаружении микоплазмы, хламидий, уроплазмы – левофлоксацин, кларитромицин (клацид);
- обезболивающие препараты;
- жаропонижающие средства;
- при большом объеме выпота – диуретики;
- на фоне рассасывания экссудата – физиотерапия и лечебная физкультура;
- если выпот составляет более 500-1000 мл, выполняется плевральная пункция и удаление экссудата, плевральная полость промывается антибиотиками и растворами фурациллина, фурагина, хлоргексидина.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ С УЧЕТОМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ

- **Стрептококк** - цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим)
- **Пневмококк** - бензилпенициллин, аминопенициллины (в том числе защищенные), макролиды, парентеральные цефалоспорины III и IV поколений, ванкомицин, карбапенемы.
- **Стафилококк** - защищенные аминопенициллины, цефалоспорины I и II поколений, в наиболее тяжелых случаях - ванкомицин.
- **Грамотрицательная палочковая флора** - цефалоспорины III, IV поколения и аминогликозиды.
- **Синегнойная палочка** - цефтазидим (цефалоспорин III поколения) в сочетании с тобрамицином (аминогликозид), а также антипсевдомонадные пенициллины (карбенициллин).
- **Большинство неклостридиальных анаэробов** - полусинтетические пенициллины и метронидазол.
- **У тяжелых больных с невыясненной этиологией процесса** рекомендуется проводить терапию карбапенемами (тиенам)

ДРУГИЕ ВИДЫ ТЕРАПИИ

Лечебный торакоцентез (в том числе по показаниям – плевродез, или склеротерапия)

При неблагоприятном развитии экссудативного плеврита с хронизацией, формированием осумкования показаны реконструктивно-восстановительные хирургические виды лечения – плеврэктомия, декортикация и др.

Больные плевритом
после излечения должны
находиться под диспансерным
наблюдением пульмонолога не
менее 2-х лет