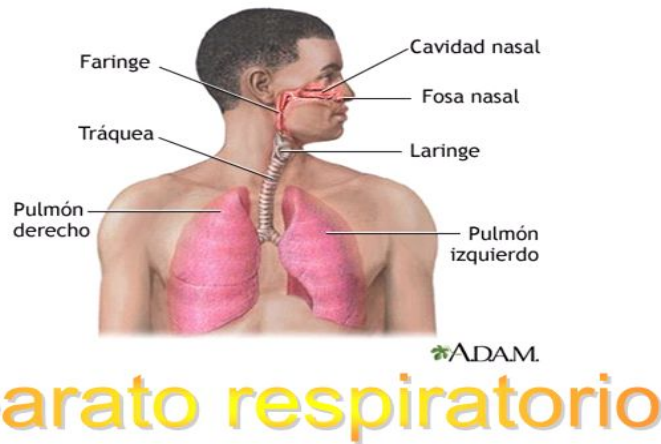


Кафедра: «Фтизиатрии»

Доклад

Тема: « Экссудативный плеврит.
Диф диагностика ».

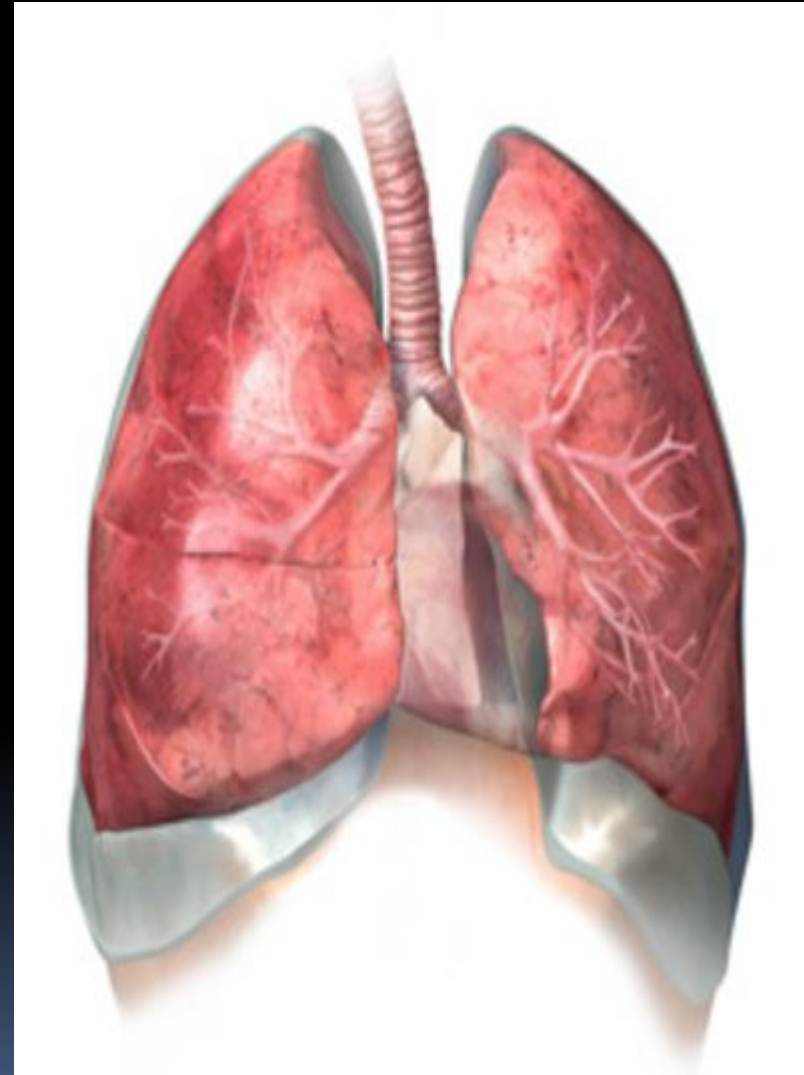


Содержание :

- 1. Введение.
- 2. Этиология.
- 3. Патогенез.
- 4. Патоморфология.
- 5. Клиника и диагностика.
- 6. Дифференциальная диагностика.
- 7. Прогноз. Заключение.
- 8. Список использованной литературы.

Введение

Плеврит — воспаление плевры с образованием на её поверхности фибрина или скоплением в плевральной полости жидкости. С современной точки зрения плеврит рассматривают как проявление того или иного заболевания, т. е. как синдром. Выпотной плеврит считают частным случаем плеврального выпота, который может иметь как воспалительную, так и невоспалительную природу. Скопление гноя в плевральной полости называют эмпиемой плевры.



ЭТИОЛОГИЯ

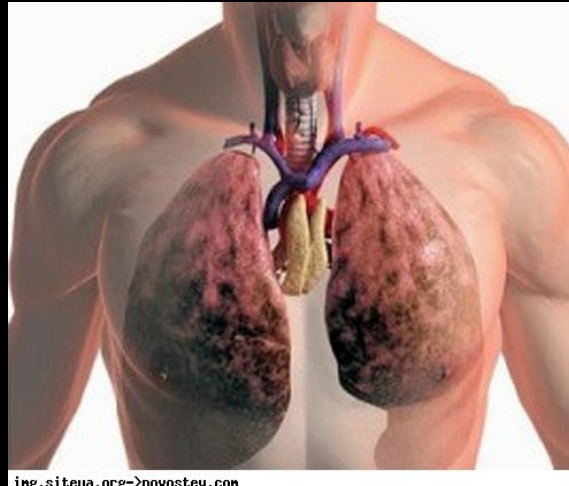
1. Инфекционные заболевания легких.

2. Злокачественные процессы.

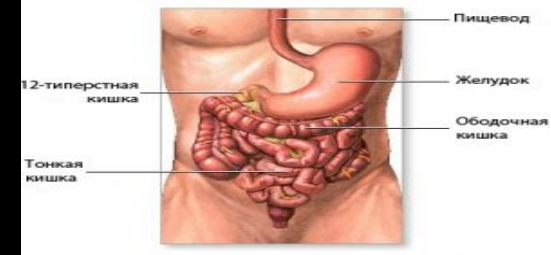
4. Системные болезни соединительной ткани.

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

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



3. Заболевания ЖКТ.

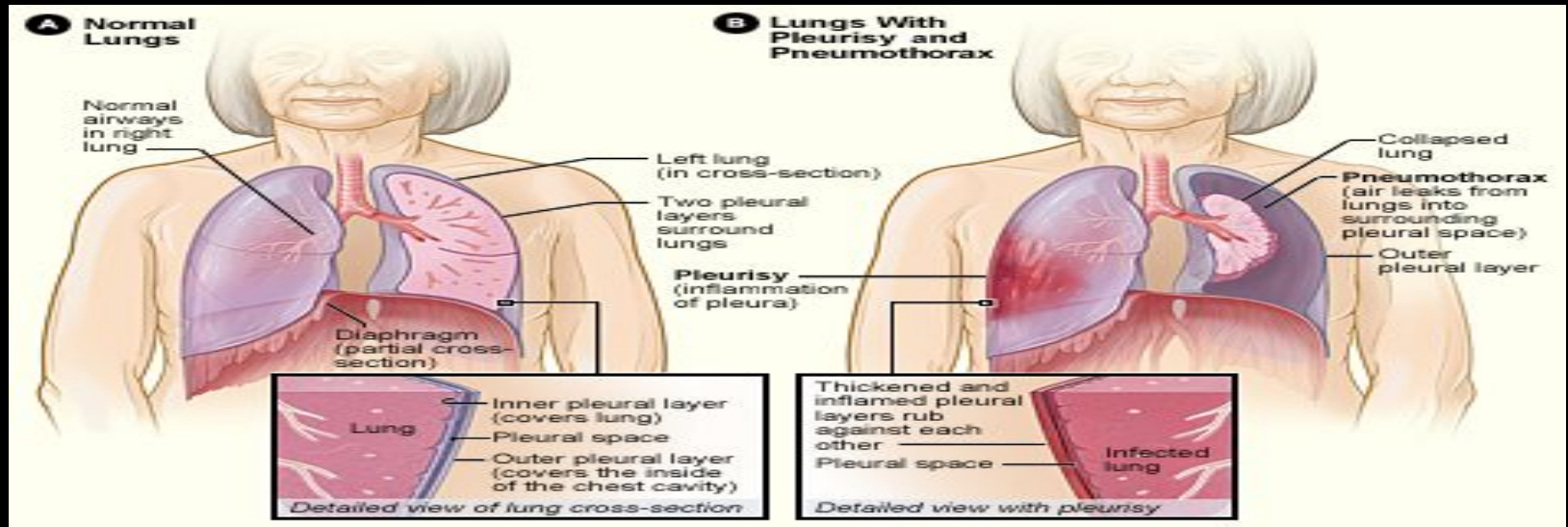


5. Синдром Мейгса — фиброма яичников с асцитом и плевральным выпотом.

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

8. Уремический плеврит (уремия).

Патогенез



В норме плевральная полость содержит небольшой объём смазывающей серозной жидкости, образующейся первично при транссудации из париетальной плевры и всасывающейся кровеносными и лимфатическими капиллярами висцеральной плевры. Баланс между образованием и удалением жидкости может быть нарушен любым расстройством, которое повышает лёгочное или системное венозное давление, снижает онкотическое давление плазмы крови, повышает проницаемость капилляров или затрудняет лимфатическую циркуляцию. Работа нормального механизма удаления жидкости может быть значительно замедлена обструкцией лимфатических сосудов, которые дренируют грудную клетку. Плевральный выпот может быть транссудатом или экссудатом.

Транссудаты образуются при повышении венозного давления или снижении онкотического давления плазмы; поверхность лёгкого первично в патологический процесс не вовлекается. Транссудат не является следствием воспаления и может встречаться при любых состояниях, вызывающих асцит, затруднение венозного или лимфатического оттока из грудной клетки, застойную сердечную недостаточность или выраженное снижение концентрации белков плазмы.

Экссудаты появляются при повышении проницаемости поверхности плевры вследствие инфекционного поражения, травмы или других патологических состояний. Экссудат имеет воспалительную этиологию и является результатом воспаления структур, прилегающих к плевральной поверхности. Место воспаления обычно располагается сразу за висцеральной плеврой в самом лёгком, но иногда внутри средостения, диафрагмы или грудной стенки. Вторичное воспаление больших участков плевральной поверхности может приводить к быстрому образованию экссудата.



Клиника и диагностика.

Жалобы

Боль в грудной клетке

Одышка

Кашель сухой, мучительный

Пальпация. При сухом плеврите грубый шум трения плевры- может сопровождаться нарушением голосового дрожания или отчётливой бронхофонией с дрожащим звуком (эгофония). Сухой апикальный плеврит может вызывать повышение тонуса и болезненность при пальпации мышц верхнего плечевого пояса (симптом Воробьёва—Поттенджера).

Повышение температуры тела до субфебрильных значений при сухом плеврите и фебрильных — при выпотном.

Плевральный выпот невоспалительной этиологии, как правило, сопровождается одышкой без признаков интоксикации.

При сухом плеврите перкуторные данные могут не меняться. При выпотном плеврите- тупой или притуплённый перкуторный звук.

Объективное обследование

Больной щадит поражённую сторону (больной часто лежит на больном боку, сидит, наклонившись в поражённую сторону). Из-за боли дыхание становится поверхностным, частым. Поражённая сторона грудной клетки отстаёт при дыхательных движениях.

Рентгенологическое исследование

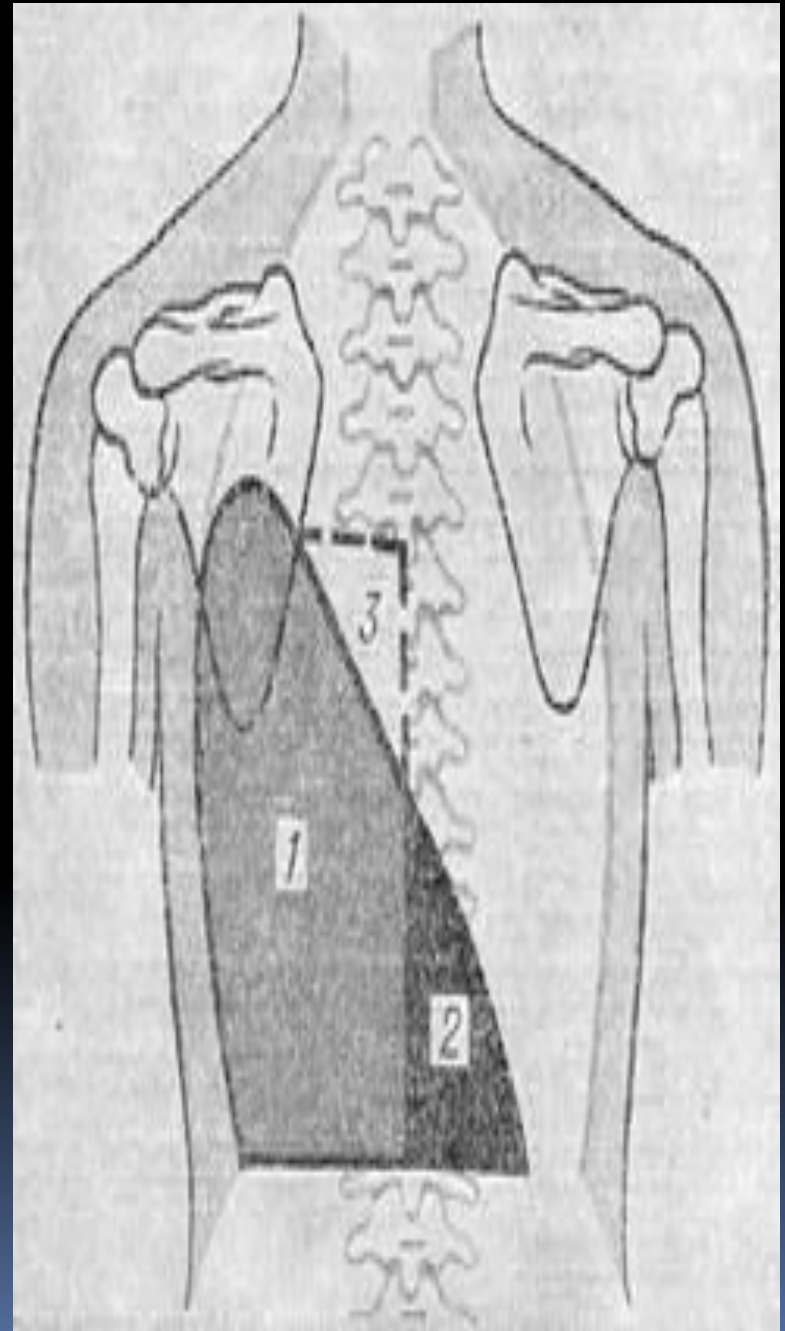
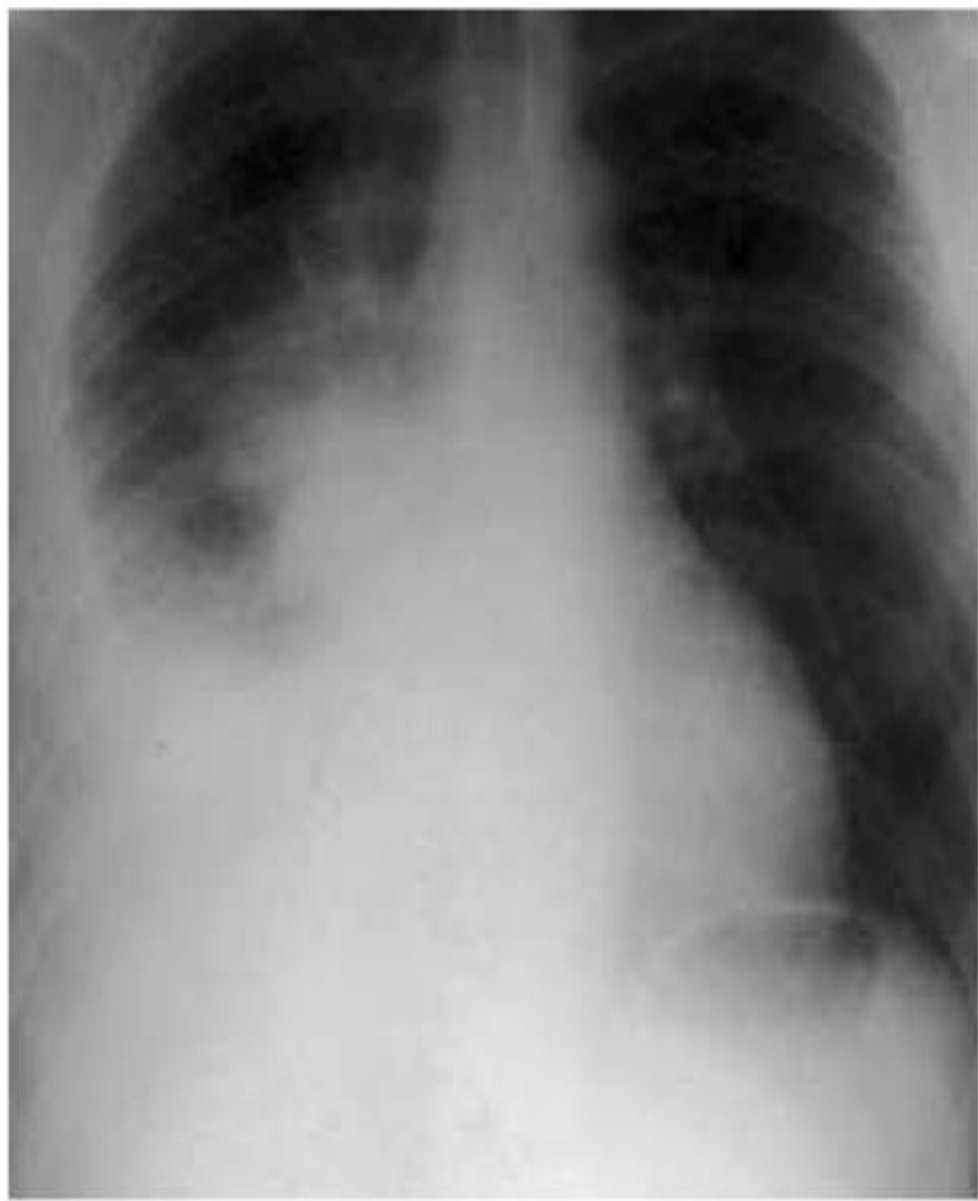
Рентгенологические признаки сухого плеврита: высокое стояние купола диафрагмы, отставание его при глубоком вдохе, ограничение подвижности нижних лёгочных границ, лёгкое помутнение части лёгочного поля, тупой срезанный рёберно-диафрагмальный угол и затенение задней части диафрагмы в боковой проекции. В наружных отделах жидкости больше, поскольку лёгкое поджато к корню, что приводит к появлению косой, а не горизонтальной границы тени.



ЭКГ

ЭКГ имеет дифференциально-диагностическое значение при левосторонний плевритах для исключения инфаркта миокарда. Следует помнить, что большие выпотные плевриты и грубые спайки способны смещать средостение и менять расположение электрической оси сердца.





1. В крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ

Исследование плевральной жидкости. На наличие экссудата указывают следующие данные:

- Содержание белка более 3 г%.
 - Высокое содержание ЛДГ.
 - Соотношение между содержанием ЛДГ в плевральной жидкости и плазме больше 0,6.
 - Соотношение между содержанием белка в плевральной жидкости и плазме больше 0,5.
- Проба Ривалыпа

Плевральная пункция и исследование плевральной жидкости — одно из основных мероприятий при диагностике плевритов.

Торакоскопия в настоящее время стала распространённым и информативным методом в диагностике и дифференциальной диагностике плевритов, поскольку стало доступно видеоэндоскопическое оборудование. Этот метод позволяет осмотреть плевральную полость и прицельно взять биопсийный материал.

Дифдиагностика

- Клеточный состав - преобладание лимфоцитов (90%)
- Эозинофилы - до 10%, клетки мезотелия
- Белок - выше 30 г/л
- Удельный вес- выше 1015
- МБТ – 5% - 15%
- Глюкоза – характерно низкое содержание, при эмпиемах – отсутствие
- Экссудат мутный
- В клеточном составе нейтрофилы преобладают (более 85%)
 - Возможно наличие неспецифической флоры (смешанная эмпиема)
- МБТ + в 60-70% случаев
-
- Симптомы:
 - Боль в грудной клетке
 - Кашель сухой, мучительный
 - одышка
 - Повышение температуры до субфебрильного
 - тахикардия

Исследование плевральной жидкости. На наличие экссудата указывают следующие данные: Содержание белка более 3 г%.

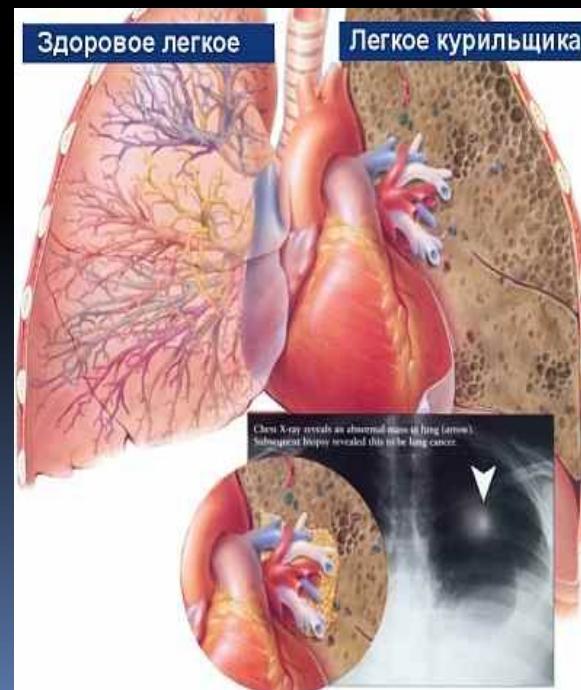
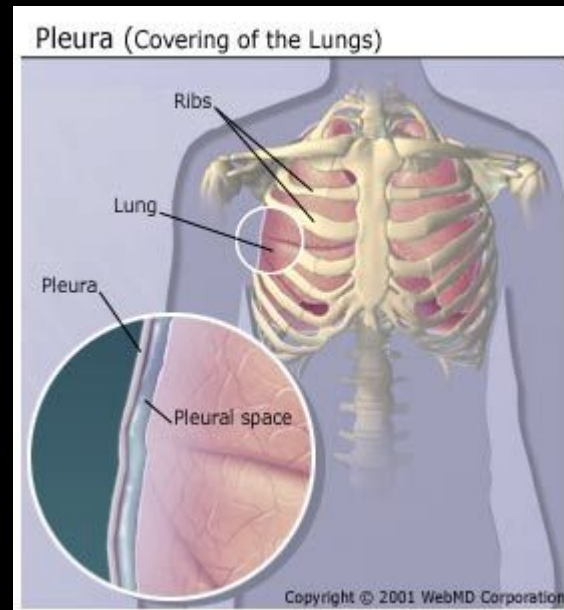
- • Высокое содержание ЛДГ.
- • Соотношение между содержанием ЛДГ в плевральной жидкости и плазме больше 0,6.
- • Соотношение между содержанием белка в плевральной жидкости и плазме больше 0,5.
- Проба Ривальпа
- Симптомы:
 - повышение температуры до фебрильных или высоких цифр
 - общая слабость
 - ночные поты
 - снижение массы тела

Дифференциальная диагностика

Левосторонние сухие плевриты следует дифференцировать с приступами стенокардии и инфарктом миокарда. Окончательный диагноз устанавливают на основании данных ЭКГ и лабораторных признаков инфаркта миокарда.

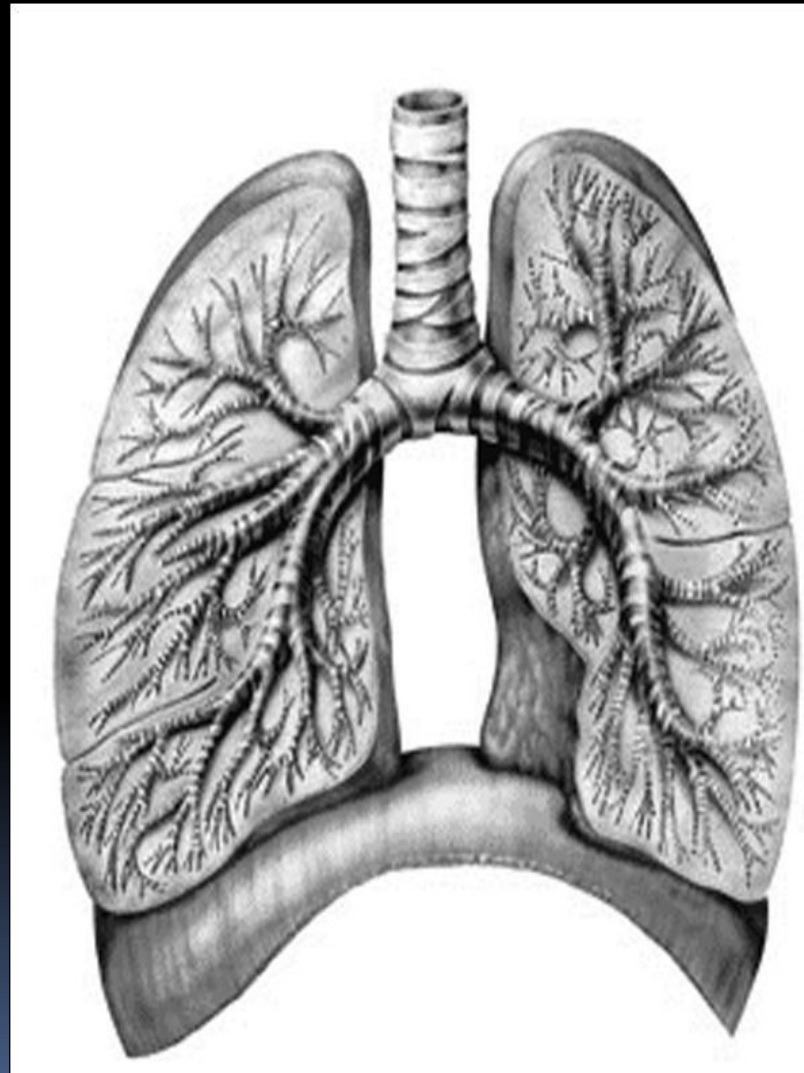
Сухой диафрагмальный плеврит следует отличать от острых заболеваний органов брюшной полости (острый аппендицит, поддиафрагмальный абсцесс, острый холецистит и др.). Отсутствие выраженной температурной реакции, связь боли актом дыхания, незначительные изменения гемограммы и отсутствие симптомов раздражения брюшины свидетельствуют в пользу сухого плеврита.

Плевритическую боль необходимо дифференцировать от боли при переломе ребра, хондрите ребра, компрессии межрёберного нерва, опоясывающем лишае, остром бронхите и различной патологии сердечно-сосудистой системы и пищевода. В пользу плеврита будет свидетельствовать характерная рентгенологическая картина. Опоясывающий лишай легко диагностировать при осмотре пациента. ЭКГ, входящая в диагностический минимум первичных обследований, позволяет своевременно диагностировать инфаркт миокарда. Подозрение на патологию со стороны пищевода требует эзофагоскопии.



Заключение

Плеврит представляет собой воспалительный процесс плевры, чаще возникающий вторично на фоне поражения легких, внутригрудных лимфатических желез, инфекционно-аллергического заболевания и др. Первичные плевриты встречаются редко и являются следствием травмы, туберкулеза или мезотелиомы плевры.



Список использованной литературы

1. Научно-практическое издание Клинические рекомендации. «Пульмонология» Под редакцией А.Г. Чучалина- 2006г.
2. «Внутренние болезни»- под редакцией Ф.И.Комарова- Москва 1990г.
3. «Внутренние болезни» С.Л.Касенова Алматы 2009г
4. «Внутренние болезни»- Н.И. Федюкович- Ростов-на-Дону 2005г.





БУДЬТЕ ЗДОРОВЬІ!

СПАСИБО ЗА ВНИМАНІЕ!

