ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЛЕВРЫ
(плевриты, пневмоторакс, мезотелиома)

Плевриты

Определение. Воспаление плевры инфекционной и неинфекционной природы.

Встречается у 5-10% больных терапевтического профиля.

Этиология.

1.Инфекционные причины: неспецифические возбудители (бактерии: стрептококки, стафилококки, клебсиела, протей, энтеробактерии, микоплазма, актиномицеты, риккетсии; грибы: аспергиллы; паразиты – эхинококк; вирусы: аденовирус), специфические (микобактерия туберкулеза)

2.Неинфекционные причины:

-ДЗСТ

-Рак (мезотелиома, метастазы, лейкозы, синдром Мейгса – фиброма яичника+асцит+плеврит)

-ТЭЛА и инфаркт-пневмония

-Постинфакртный синдром Дресслера

-Заболевания ЖКТ (панкреатит, абсцесс печени, свищи)

-Другие: асбестоз, лекарственная аллергия, лучевая терапия, травма.

Клинические синдромы:

1.Болевой (боли усиливаются при наклоне в противоположную сторону – симптом Шепельмана, связаны с дыханием, кашлем, уменьшаются в положении на больном боку – симптом Рубинштейна); чувство тяжести в грудной клетки

2.Воспалительный синдром

3.Сухой рефлекторный кашель, одышка

4.Синдром основного заболевания.

Объективные признаки

Синдром сухого плеврита: отставание пораженной половины грудной клетки, симптомы Штернберга и Поттерджера (болезненность при пальпации большой грудной, грудиноключичнососцевидной и трапецивидной мышцы), шум трения плевры.

Синдром плеврального выпота: отставание больной половины, выбухание межреберных промежутков, не проводится голосовое дрожание, тупой перкуторный звук, не проводится дыхание, выше зоны притупления – бронхиальное дыхание, утолщение кожной складки над местом выпота - симптом Винтриха.

При медиастинальной локализации – осиплость, дисфагия, отечность лица и шеи.

Классификация:

I.По этиологии: инфекционный, неинфекционный

II.По наличию выпота: сухой (фибринозный), выпотной (экссудативный) – более 2 мл жидкости, слипчивый

III.По характеру экссудата: фибринозный, серозно-фибринозный, гнойный, гнилостный, серозный, псевдохилезный (холестериновый) – часто при туберкулезе, раке, ДЗСТ, нефротическом синдроме, хилезный (триглицериды) – часто при лимфомах, метастазах в лимфоузлы, травме грудного лимфатического протока, эозинофильный, геморрагический – часто при раке, ТЭЛА.
IV.По течению: острый, подострый, хронический
V.По локализации: верхушечный, базальный, парамедиастинальный, междолевой, право- лево- двусторонний.
VI.По осложнениям: свищи, цирроз легкого, амилоидоз, сепсис, эмпиема, ДН.

Методы диагностики:

1.Клинический, биохимический анализы крови (воспалительный синдром)
2.Серологический, иммунологический анализ крови (РФ, ANA)
3.Торакоцентез и анализ плевральной жидкости: визуальный, физико-химический – плотность, уровень альбумина, ЛДГ, аденозиндезаминазы (АДА), холестерина, триглицеридов, сахара, амилазы, бактериоскопический, бактериологический, цитологический, ВК, АК).
Если геморрагический экссудат – определение гематокрита (если > 50% величины гематокрита крови, то плевральный выпот является гемотораксом и его необходимо дренировать).
4.Рентгенограмма грудной клетки (выявляет жидкость в объеме более 300 мл), при необходимости – КТ
5.УЗИ плевральной полости (выявляет небольшое количество жидкости – до 20 мл)
6.Торакоскопия
7.Трансторакальная биопсия плевры
8.Консультация фтизиатра, торакального хирурга, онколога

Формулировка диагноза:

Внебольничная пневмония в нижней доле левого легкого, тяжелое течение.
Осложнение: Левосторнний парапневмонический экссудативный (серозно-фибринозный) плеврит. ДН 2 ст.

Дифференциальная диагностика

Транссудат в плевральной полости (застойная СН, ЦП, нефротический синдром, микседема, ТЭЛА)

Признак	Транссудат	Экссудат
Внешний вид	Прозрачная	Прозрачная, мутная, кровянистая
Цвет	Светло-желтый	Светло-желтый, желто-зеленый (гной), молочный (хилезный), красный
Плотность	Менее 1015	Более 1018
pH	7,2	Менее 7,2
Белок Соотношение плевральная жидкость/плазма	Менее 30 г/л Менее 0,5	Более 30 г/л Более 0,5
ЛДГ Соотношение плевральная	Менее 200 ЕД/л Менее 0,6	Более 200 ЕД/л Более 0,6

жидкость/плазма		
Уровень глюкозы	Равен в сыворотке	Менее 3,33 ммоль/л
Холестерин соотношение плевральная жидкость/плазма	Менее 0,3	Более 0,3
Лейкоциты	Менее $1x10_9$ До 15 в п/зр	Более $1x10_9$ Более 15 в п/зр
Эритроциты	Менее 5000 в 1 мл (3-5 в п/зр)	вариабельно
Мезотелий	Много	Единичные клетки

-В экссудате преобладают полиморфноядерные нейтрофилы (> 50%), то это острый процесс: пневмония; ТЭЛА; рак легкого
-В экссудате много эозинофилов (>10%): ТЭЛА; грибковые плевриты; паразитарные плевриты.
-В экссудате много базофилов (>10%): лейкозы.
-В экссудате преобладают мононуклеары, лимфоциты, то это хронический процесс: опухоль; туберкулез; лимфома

Лечение.

1.Этиотропная терапия: а/б
- -Аминопенициллины, в том числе защищенные (амоксиклав, аугментин)
- -Цефалоспорины I (цефазолин), II (цефуроксим натрий) , III (цефтриаксон), IV (цефепим) поколений
- -Современные аминогликозиды (тобрамицин, амикацин)
- -Современные макролиды (кларитромицин, спирамицин, азитромицин)
- -Противотуберкулезные

2.Противовоспалительная: НПВС, ГКК
3.Лечебный торакоцентез, дренирование
4.Хирургические: декортикация, плевродез.

Мезотелиома плевры

Определение. Относительно редкая злокачественная опухоль мезотелиальных клеток с поражением париетальной и висцеральной плевры. Течение заболевания быстрое. Прогноз неблагоприятный. Опухоль метастазирует в регионарные л/у (96%), в другое легкое и плевру (75%), перикард и средостение.

Факторы риска

-Контакт с асбестом (особенно с голубым) – спустя 25 лет после контакта.
-Контакт с минералом эрионитом, применяемым в строительной практике, силикатами, жидким парафином, бериллием.
-Лучевая терапия.
-Генетическая предрасположенность
-Обезьяний вирус SV40
-Длительное курени
-Возраст старше 40 лет

Классификация
I.По форме: узловатая форма, диффузная форма
II.По виду экссудата: серозно-фибринозный; геморрагический.
III.По гистологии:
-Эпителиоидный тип составляет 50-70% среди всех МП и имеет наилучший прогноз
-Саркоматоидный тип (7-20%) отличается неблагоприятным прогнозом
-Смешанный тип (20-35%).
Клинические синдромы
1.Болевой (боли в грудной клетке не уменьшаются при накоплении выпота
2.Одышка
3.Кашель,
4.Общие симптомы - слабость, потливость, повышение температуры, остеоартропатии.
Объективные признаки:
-При поражении костальной плевры – симптомы межреберной невралгии
-При поражении медиастинальной плевры – одутловатое лицо, медиастинальный компрессионный синдром, расширение вен лица, шеи
-При поражении купола плевры – симптом Горнера.
При перкуссии – тупость, при аускультации – отсутствие дыхания
Методы диагностики:
1.Исследование плевральной жидкости – геморрагический экссудат, раковые клетки
2.Торакоскопия с биопсией плевры
3.Рентгенография грудной клетки – большое количество экссудата и смещение средостения в здоровую сторону
4.КТ, МРТ
Лечение.
1.Радикальное хирургическое (при солитарной форме в ранней стадии, 2-летняя выживаемость после операции составляет 10-35%)
2.Лучевая терапия (для уменьшения болевого синдрома)
3.Цитостатики (производные платины, гемцитабин, антрациклины; эффективность их комбинированного применения - 20-48%)
4.Комбинированное лечение
5.Паллиативные мероприятия (декортикация легкого – плеврэктомия, введение талька или антибиотика в плевральную полость, торакоцентез)

Пневмоторакс

Определение. Скопление воздуха в плевральной полости.
Встречается у 0,5-1% пульмонологических больных. Рассасывание воздуха в плевральной полости происходит за 1-3 месяца в зависимости от степени коллапса легкого. У 15-20% пациентов бывают рецидивы пневмоторакса.
Этиология:
-врожденные дефекты эластических структур легочной ткани, кисты (их разрывы вызывают первичный пневмоторакс)

-деструктивные процессы в легких (абсцесс, каверна, гангрена, инфаркт легкого),
-хронические обструктивные заболевания (ХОБЛ, БА)
-пневмоцистная пневмония при ВИЧ-инфекции
-опухоли легких, средостения
-эхинококкоз, гистиоцитоз
-травма грудной клетки
-травма плевры и легких при медицинских манипуляциях (ятрогенный): после плевральной пункции, катетеризации центральных вен, торакоцентеза, баротравмы.

Классификация.

1.По этиологии:
- спонтанный (первичный и вторичный)
-травматический
-ятрогенный

1. По виду:

- *Первичный (спонтанный) пневмоторакс* – скопление воздуха, не связанное с механическим повреждением грудной клетки или легочной ткани при травме или лечебных воздействиях, развивающееся вследствие разрыва субплевральных эмфизематозных булл, кист. Чаще всего у высоких и худых лиц до 40 лет.
- *Вторичный*

- *Открытый* – при попадании воздуха извне (нарушении целостности грудной клетки), а также сообщении полости плевры с просветом бронхов.
- *Закрытый* – при поступлении воздуха изнутри (повреждение легких, плевры), а также при закрытии дефекта плевры легким, фибрином
- *Клапанный (напряженный)*- при вдохе воздух входит в плевральную полость, а при выдохе дефект закрывается, в результате чего происходит нарастание внутриплеврального давления, смещаются органы средостения в здоровую сторону, нарастают ДН и СН.

2.По объему воздуха в плевральной полости: полный, частичный

3.Осложнения:
-внутриплевральные кровотечения
-серозно-фибринозный пневмоплеврит с образование ригидного легкого (образованием шварт, исключающих расправление легкого)
-эмпиема плевры
-медиастинальная и подкожная эмфизема (при клапанном пневмотораксе)

Клинические синдромы:

1.Болевой синдром (внезапные, острые колющие боли в грудной клетке, иррадирующие в шею, руку, эпигастрий, часто провоцированные ФН, кашлем).
2.Сухой рефлекторный кашель
3.Одышка (при клапанном пневмотораксе – быстро нарастает и сопровождается цианозом, тахикардией, гипотонией)
4.Вегетативный синдром (чувство страха, холодный пот, тахикардия)

Объективные признаки:
-Увеличение в объеме грудной клетки, расширение межреберных промежутков, исчезновение дыхательных экскурсий на стороне поражения
- Резкое ослабление голосового дрожания
-Тимпанит при перкуссии
-резкое ослабление дыхания при аускультации
Методы диагностики:
1.Рентгенограмма грудной клетки – светлое гомогенное поле без легочного рисунка и край спавшегося легкого, парадоксальное движение диафрагмы, смещение средостения, часто – горизонтальный уровень жидкости.
2.Диагностическая плевральная пункция
3.КТ
Лечение.
-Срочная госпитализация! Строгий постельный режим с ограничением резких движений, кашля (противокашлевые средства).
-Кислородотерапия
-Лечение основного заболевания (а/б)
-Пункция и дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией
-Хирургическое лечение: ушивание дефекта, удаление париетальной плевры (декортикация), удаление рубцовых шварт, плевродез (введение в плевральную полость талька, нитрата серебра).
Показания: невозможность расправить легкое при активной аспирации, частые рецидивы, наличие крупных полостных образований, осложнения.