## ПЛЕВРИТ

Плеврит – воспаление плевры, сопровождающееся появлением на ее поверхности фибринозных наложений или скоплением в плевральной полости экссудата.

**Этиология.** Возбудители при инфекционных плевритах – пневмококк, стрептококк, стафилококк, кишечная палочка, протей, вирус гриппа, микобактерии туберкулеза.

Неинфекционные плевриты - при опухолях, травме грудной клетки, инфаркте легкого, системных заболеваниях соединительной ткани, лейкозах, геморрагических диатезах, остром панкреатите.

Этиологический фактор (микроорганизмы, эндотоксины, ферменты, иммунные комплексы) может воздействовать контактным путем из субплеврального очага, с ретроградным током тканевой жидкости, текущей от корня легкого к периферии в момент вдоха, гематогенным путем и при нарушении целостности плевральной полости при травме грудной клетки, ранении или оперативном вмешательстве. Проявления плеврита зависят от общей реактивности организма, местных реакций в виде нарушения циркуляции лимфы и тканевой жидкости вследствие возникновения блокады путей оттока через люки в париетальной плевре.

**Классификация.** По характеру экссудата плеврит – фибринозный, серозно-фибринозный, серозный, гнойный, гнилостный, геморрагический, эозинофильный, холестериновый, хилезный.

Клинически выделяют основные формы плеврита: сухой (фибринозный); экссудативный (серозно-фибринозный); гнойный плеврит (эмпиема плевры).

**Клиника** **сухого плеврита**. Клиническими проявлениями сухого плеврита являются признаки синдрома уплотнения листков плевры. При инфекционной природе плеврита могут присутствовать признаки синдрома воспалительной интоксикации.

Могут присутствовать жалобы общего характера, отражающие наличие воспалительного процесса: повышение температуры тела, общая слабость, потливость, головные боли.

Характерный симптом – острые боли в боковых, задних или заднебоковых отделах грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле и наклоне туловища в здоровую сторону. Связана боль с усилением трения листков плевры в зоне фибринозных наложений.

Кашель сухой, возникает рефлекторно вследствие раздражения плевры фибринозным налетом.

Сильные боли заставляют больного дышать поверхностно, чтобы ог-раничить дыхательные движения листков плевры, и чаще обычного, чтобы компенсировать уменьшение дыхательного объема. При поражении плевры в области верхушек легких появляются боли в зоне мышец плечевого пояса и шеи, при диафрагмальном плеврите – в правом или левом подреберьях в глубине живота.

Осмотр: вынужденное положение больных на больном боку, поскольку при этом происходит ограничение дыхательной подвижности пораженной половины грудной клетки.

Учащенное и поверхностное дыхание, отставание пораженной стороны грудной клетки в акте дыхания.

При паракостальном поражении плевры определяется локальная болезненность грудной клетки. При сухом плеврите с локализацией в области верхушек легких можно обнаружить болезненность трапециевидных мышц (симптом Штернберга) и более выраженное их напряжение на пораженной стороне (симптом Поттенджера). При массивных фибринозных наложениях – ослабление голосового дрожания.

Перкуссия: незначительное притупление легочного звука в зоне массивных фибринозных наложений.

Аускультация: ослабление везикулярного дыхания на пораженной стороне и главный признак – шум трения плевры.

Бронхофония ослаблена в зоне фибринозных наложений.

**Клиника экссудативного плеврита**. Экссудативный плеврит представляет собой воспаление листков плевры, сопровождающееся образованием на их поверхности фибринозных наложений и скоплением в плевральной полости серозного экссудата. Клиническими проявлениями при этом являются признаки синдрома наличия жидкости в полости плевры, уплотнения листков плевры, компрессионного ателектаза.

При инфекционной этиологии возможны признаки синдрома воспалительной интоксикации: жалобы на повышение температуры тела, потливость, общую слабость, сердцебиение, тяжесть в голове, головокружение, потемнение в глазах.

Характерные жалобы со стороны органов дыхания: одышка, тяжесть или боли в грудной клетке, кашель.

Боли чаще локализованы в боковом или заднебоковом отделе грудной клетки. Вначале они острые, по мере накопления экссудата ослабевают, сменяясь ощущением тяжести и переполнения грудной клетки. Боли усиливаются при кашле и глубоком дыхании.

Кашель сухой и возникает у больных экссудативным плевритом рефлекторно. Если плеврит является осложнением патологического процесса в ткани легкого, то кашель сопровождается отделением мокроты, характер которой определяется основным заболеванием в легких.

Одышка смешанного характера, усиливается при нагрузке.

Общий осмотр: вынужденное положение больного на больном боку. Кожа бледноцианотичная, с повышенной влажностью. При медиастинальном экссудативном плеврите определяется набухание шейных вен, отечность шеи и лица, сопровождающееся иногда осиплостью голоса и дисфагией.

Осмотр грудной клетки: увеличение в объеме половины грудной клетки, сглаженность межреберных промежутков, отставание пораженной стороны в акте дыхания.

В зоне накопления экссудата (нижне-боковые отделы грудной клетки), ниже косой, параболической линии Соколова-Эллис-Дамуазо, определяется ослабление или исчезновение голосового дрожания, перкуторно – тупой звук (см. Часть I, стр. 50). Выше этой линии выявляется зона тимпанического звука в виде треугольника Гарлянда. Одной стороной его является линия Соколова-Эллис-Дамуазо, двумя другими – позвоночник и линия, соединяющая последний с вершиной тупого звука по задней подмышечной линии. На здоровой стороне в нижней части паравертебральной области иногда определяется тупой звук в виде треугольника Раухфуса-Грокко, одна сторона которого является продолжением линии Соколова-Эллис-Дамуазо на здоровую половину грудной клетки, две другие – позвоночник и диафрагма. Обычно этот треугольник выявляется при значительном выпоте и смещении средостения в здоровую сторону.

При аускультации в зоне накопления экссудата дыхательные шумы не определяются. В треугольнике Гарлянда (в зоне ателектаза легкого) выслушивается бронхиальное дыхание. Иногда на уровне границы притупления легочного звука и чуть выше ее выслушивается шум трения плевры.

Бронхофония в зоне накопления экссудата отсутствует, в зоне ком-прессионно-ателектатического бронхиального дыхания – усиливается.

**Лабораторно-инструментальная диагностика.**

Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, иногда анемия.

Общий анализ мочи: протеинурия, незначительная гематурия и цилиндрурия.

Биохимический анализ крови: повышены содержание фибрина, серомукоида, сиаловых кислот, α2- и γ-глобулинов, С-реактивного протеина.

Рентгенологическое исследование: при наличии выпота объемом не менее 250 мл обнаруживается небольшое затемнение в области реберно-диафрагмального синуса и подъем высоты стояния соответствующего купола диафрагмы. Большое количество жидкости в плевральной полости обусловливает интенсивное затенение легочного поля с характерной косой верхней границей и смещением тени средостения в противоположную сторону.

УЗИ плевральной полости: наличие воспалительной жидкости с элементами фибрина.

Анализ плеврального содержимого: экссудат мутный, удельный вес более 1,015, белка более 3%, проба Ривальта положительная.

Цитологическое исследование осадка: при плевритах бактериальных – много нейтрофилов, при туберкулезных – лимфоцитов, при опухолевых – эритроцитов, атипичные клетки.

**Лечение.** Зависит от этиологии (туберкулостатические препараты – при туберкулезе, антибактериальная терапия – при бактериальных плевритах, глюкокортикостероиды – при ревматическом, волчаночном плевритах). Лечение эмпиемы плевры требует дренирования полости плевры и проводится в хирургическом стационаре. Противовоспалительные нестероидные препараты уменьшают экссудацию и купируют болевой синдром. Плевральная пункция с извлечением большого количества содержимого уменьшает вентиляционные нарушения при массивных экссудатах.