

Министерство образования и науки РФ
Федеральное государственное образовательное учреждение высшего
образования

Пензенский Государственный Университет

Медицинский институт

Кафедра «Терапия»

РЕФЕРАТ

по дисциплине «Внутренние болезни»

на тему:

«Синдром компрессионного ателектаза»

Выполнил:

Студент 2 курса

группы 18ЛС1

Маркелов И.Г.

Преподаватель:

Доцент кафедры терапия

Борисова Н.А

Оценка:_____

Пенза, 2020

Содержание

1. Определение понятия синдрома
2. Причины синдрома
3. Патогенез
4. Симптомы
5. Основные жалобы
6. Клиническая картина
7. Диагностика
8. Лабораторные методы исследования
9. Инструментальные методы исследования
10. Данные пальпации грудной клетки
11. Данные перкуссии и аускультации грудной клетки
12. Лечение
13. Профилактика

Определение понятия синдрома

Ателектаз – это такое состояние легочной ткани, при котором альвеолы не содержат в себе воздуха, в результате чего их стенки спадаются.

Компрессионный ателектаз наблюдается при сдавлении легкого плевральным выпотом (гидроторакс), находящимся в плевральной полости воздухом (пневмоторакс), крупной опухолью, гноем.

Причины синдрома

Основными причинами компрессионного ателектаза легких могут быть любые пространственные образования грудной полости, которые оказывают давление на ткани легких, такие как: аневризма аорты, опухоли средостения и плевры, увеличенные лимфатические узлы с саркоидозом, лимфогранулематоз и туберкулез. Но наиболее распространенными причинами коллапса легкого являются: массивный экссудативный плеврит, пневмоторакс, гемоторакс, гемопневмоторакс, пиоторакс, хилоторакс. Ателектазы часто развиваются после операций на легких и бронхах. Они обычно вызваны увеличением секреции бронхов и снижением функции бронхиального протока (кашель, вызванный сильным кашлем) на фоне хирургического повреждения.

Патогенез

В первые часы в ателектазном участке легкого отмечается вазодилатация и венозное полнокровие, приводящие к транссудации отечной жидкости в альвеолы. Происходит снижение активности ферментов эпителия альвеол и бронхов и протекающих с их участием окислительно-восстановительных реакций. Спадение легкого и нарастание отрицательного давления в плевральной полости вызывают смещение органов средостения в пораженную сторону. При выраженных нарушениях кровообращения и лимфообращения вероятно развитие отека легких. Спустя 2-3 суток в очаге ателектаза развиваются признаки воспаления, которые прогрессируют в

ателектатическую пневмонию. При невозможности расправления легкого в течение длительного времени на месте ателектаза начинаются склеротические изменения с переходом в пневмосклероз, ретенционные кисты бронхов, деформирующий бронхит и бронхоэктазы. По происхождению ателектаз бывает компрессионным (сдавление легкого скоплением жидкости или воздуха в плевральной полости, большой опухолью или увеличенными лимфатическими узлами), обтурационным (закрытие просвета бронха изнутри опухолью, скоплением мокроты), контрактным (при травмах или во время операций вследствие бронхоспазма и прилива крови в капилляры), а также дистензионным (функциональным) на почве слабости дыхательных движений у ослабленных больных со снижением тонуса дыхательных мышц. Различают полный и неполный ателектаз.

В первые несколько часов в области ателектаза наблюдаются дилатация венозных сосудов и застой крови, что приводит к опорожнению транссудата в альвеолах. Снижение ферментативной активности альвеолярной и бронхиальной эпителиальной ткани приводит к угнетению окислительно-восстановительных реакций.

Ткань легких уменьшается, а след в плевральной полости увеличивается. В освобожденном пространстве движутся органы и структуры, расположенные между плевральными полостями.

В случае серьезного нарушения лимфы и гемодинамики развивается отек легких. Через 48-72 часа в зоне поражения развивается воспалительный процесс, выливающийся в телетектическую пневмонию. Воспаление вызывает склероз легочной ткани, бронхиальные (ретенционные) кисты, деструктивный бронхит и бронхиальное заболевание.

Ателектатическое состояние делится на периоды:

- Слипание альвеолярных мешочков и бронхиол;
- Застой венозной крови, транссудация и отек;
- Пневмосклеротические изменения.

Симптомы

Осмотр больного выявляет уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки и отставание пораженной половины при дыхании. Над очагом ателектаза выслушивается укороченный или тупой перкуторный звук, дыхание не прослушивается, может быть резко ослабленным. При постепенном выключении легочной ткани от симптомов вентиляции менее выражено. Однако позднее в области гипопневматоза может развиваться телетектическая пневмония. Повышение температуры тела, появление кашля и мокроты и усиление симптомов интоксикации указывают на возникновение воспалительных изменений. В этом случае ателектаз легких может осложняться абсцессной пневмонией или даже развитием абсцесса легких.

Основными симптомами компрессионного ателектаза легких являются:

- Одышка (возникает постепенно, на фоне какого-либо заболевания),
- Затруднение дыхания,
- Кашель,
- Боль и тяжесть в пораженной доле легких,
- Синий цвет губ, кожи и конечностей,
- В той части грудной клетки, где происходит спадание — образуется набухание, в том числе и межреберной ткани,
- При совершении дыхательного акта одна сторона грудной клетки заметно отстает.

Встречается у мужчин и женщин всех возрастов, в том числе у новорожденных детей.

Таким образом, некоторые симптомы компрессионного ателектаза видны невооруженным глазом.

Основные жалобы

Больные жалуются на одышку смешанного характера, возможны боли в грудной клетке. Внешне пораженная сторона увеличена в своем объеме, тахипное, отставание больной стороны в акте дыхания. Заболевание сопровождается тахикардией, изменением артериального давления.

Клиническая картина

Возникновение компрессионного ателектаза обусловлено скоплением жидкости в плевральной полости, в связи с чем при расспросе больного следует обратить внимание на наличие пневмонии, туберкулеза легких, ревматизма, системной красной волчанки, приводящих к экссудативному плевриту, а также заболеваний сердца с наличием недостаточности кровообращения (гидроторакса). К синдрому компрессионного ателектаза может также привести наличие воздуха в плевральной полости (пневмоторакса). При осмотре больного с наличием компрессионного ателектаза обращают внимание на наличие цианоза губ и кожных покровов, асимметрию грудной клетки за счет увеличения той половины, где произошло скопление жидкости или воздуха в плевральной полости, при этом пораженная половина отстает при акте дыхания. При пальпации грудной клетки определяется усиление голосового дрожания над зоной сдавления легкого (треугольник Гарленда). В зоне скопления жидкости нет звука (ниже линии Дамуасо). Сопротивление груди увеличивается за счет накопления жидкости. Перкуссия груди: сравнительные звуки ударов используются для обнаружения тусклого барабанного звука в треугольной области. Тупой или глухой звук определяется ниже линии Дамуасо над скоплением жидкости в полостной полости, в то время как степень тусклости увеличивается сверху вниз, когда выпот накапливается в большей степени в боковых частях плевральной полости. Когда здоровая половина грудной

клетки поражена в зоне смещения средостенного органа (треугольник Грокко-Раухфуса), она обнаруживает глухой ударный звук. При топографических ударах нижний предел легкого подталкивается вверх, нижний край легкого не выходит. При левом экссудативном плеврите луна Траубе исчезает. Акустика легких: дыхание не выполняется над зоной накопления жидкости ниже линии Дамуазо или может быть серьезно нарушено, в области сжатия легких слышно мягкое бронхиальное дыхание, бронхофония увеличена; при легкой компрессии легких слышно ослабленное дыхание, обостряется бронхофония. В здоровой половине грудной клетки, в области треугольника Грокко-Раухфуса, слышно нарушение дыхания. Сердечно-сосудистые заболевания у пациентов с компрессионным ателектазом: при осмотре и пальпации области сердца выявляется, что апикальный импульс смещен в здоровую сторону. При прослушивании сердца звуки тупые, тахикардия. План обследования пациентов с компрессионным ателектазом (экссудативный плеврит) должен включать клинический анализ крови, мокроты, плевральную пункцию путем обязательного лабораторного обследования и рентгенологическое исследование полученной жидкости. Анализы крови могут обнаружить лейкоцитоз, увеличение СОЭ, лимфоцитов, клеток ЛЭ, опухолевых клеток, туберкулезных микобактерий, находящихся в плевральной жидкости. Рентгенологическое обследование пациента с компрессионным ателектазом показывает однородное затухание, соответствующее пределам, полученным при шоке, и присутствие жидкости можно обнаружить во внешнем синусе. С накоплением большого количества жидкости органы средостения смещаются в здоровую сторону и мембрана оттягивается вниз.

Диагностика

Инструментальная диагностика легочного ателектаза основана на рентгенологическом исследовании, таком как рентгенография легких в

прямой и боковой проекции. Рентгеновское изображение ателектаза характеризуется гомогенной штриховкой соответствующего легочного пространства, смещением средостения к ателектазу (коллапс легкого на здоровую сторону), высоким положением мембранного купола на пораженной стороне, повышенной воздушностью противоположного легкого. Во время рентгенологического исследования вдыхаемого легкого органы средней ткани смещаются в сторону сжатого легкого, тогда как в случае выдоха и кашля они сдвигаются в сторону здорового легкого. В сомнительных случаях рентгенографические данные проверяются компьютерной томографией легких. Рентгеноконтрастное исследование бронхиального дерева показывает уменьшение ателектаза легких и места бронхиальной деформации. Согласно APG, состояние легочной паренхимы и глубина травмы могут быть оценены. Изучение содержания газа в продукте крови показало значительное снижение парциального давления кислорода. В рамках дифференциальной диагностики были исключены агенез легкого и гипоплазия, междолевые плевриты, мембранная релаксация, мембранная грыжа, легочная киста, опухоли средостения, крупозная пневмония, легочный цирроз и гемоторакс.

Лабораторные методы исследования

ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, лимфоцитов. Исследование плевральной жидкости: LE-клетки, опухолевые клетки, микобактерии туберкулеза. При исследовании крови и мокроты особых изменений не будет.

Инструментальные методы исследования

Рентгенологическое обследование пациента с компрессионным ателектазом определяет однородное затухание, которое соответствует пределам, полученным при шоке, и присутствие жидкости можно обнаружить во внешнем синусе. Когда накапливается большое количество жидкости, средостение смещается в сторону здорового легкого и мембрана

сдавливается вниз. Рентгенологически воспалительное уплотнение легочной ткани проявляется очагами затемнения соответствующими всей доле, отдельным сегментам или долькам. При ателектазе наблюдаются более или менее гомогенная тень, суженные межреберья, смещение средостения в пораженную сторону, смещение сердца на вдохе в сторону ателектаза, а на выдохе - в здоровую (симптом Гольцкнехта-Якобсона).

Данные пальпации грудной клетки

Ригидность «поражённой» половины грудной клетки, голосовое дрожание усилено.

Данные перкуссии и аускультации грудной клетки

Перкуссия: притупление с тимпаническим оттенком.

Аускультация: дыхание слабое везикулярное с бронхиальным оттенком или бронхиальное, легочная ткань стала плотной, что послужило созданию условий для его проведения. При полном ателектазе дыхание резко ослаблено или вообще не прослушивается, а при частичной задержке бронха слышно нарушение бронхиального дыхания, иногда с положительной бронхофонией. Синдром определяется появлением глухого или тупого ударного звука, отсутствием звукового тремора, нарушением (или отсутствием) дыхания и бронхофонией.

Лечение

Компрессионный ателектаз является одним из наиболее опасных видов ателектаза, и этот синдром должен быть выявлен как можно скорее. Чаще всего в этом случае проводится торакоцентез.

Торакоцентез - это метод лечения компрессионного ателектаза с помощью специальной иглы, которая помещается в межреберье пораженной части грудной клетки и удаляет воздух или скопившуюся жидкость.

Хирургическое лечение опухолей легких и лимфатических узлов также используется для устранения полостей (кисты, абсцессы, некоторые формы туберкулеза).

Кроме того, применяются:

- ингаляции,
- массаж
- терапия для тела,
- Применение муколитиков - агентов, которые ускоряют работу кишечника и удаление мокроты из легких, а также антибиотиков - если причина какого-либо заболевания остается в плевральной мембране после утечки жидкости.
- Принимать обезболивающие.

Лечение компрессионной формы требует устранения причин, приведших к давлению, - устранения дефекта плевральной полости, выделения секрета, крови или гноя.

Без сбоев пациенты должны оставаться в стационаре под наблюдением пульмонолога в течение определенного периода времени. Это необходимо, чтобы избежать рецидива заболевания и раннего выявления синдрома. Пациентам с рецидивом аномалии рецидива такого синдрома требуется хирургическое вмешательство. Операция в этом случае включает в себя удаление поврежденной области или части легкого, где рецидивы являются наиболее распространенными. Если синдром обнаруживается в течение трех дней после его появления в легких, прогноз для врачей весьма обнадеживает. Однако, если врачи немного замедляют диагностику и назначают лечение,

это может привести к значительному ухудшению здоровья пациента и даже смерти.

Профилактика

1. Следует соблюдать адекватное питание (больничная диета, диета, предписанная врачом).

2. Практикуйте физиотерапевтические упражнения. Если у пациента после лечения наблюдается сидячий или лежачий образ жизни, вероятность рецидива заболевания значительно возрастает. Выполнение физических усилий, которые пациент может вынести, ускоряет их дыхание, ускоряет кровоток, и это предотвращает его накопление в легких. Таким образом, физиотерапия - лучший способ избежать рецидива.

3. Запрещение значительного увеличения физической нагрузки, особенно после операции.

4. Использование личных ингаляторов и отхаркивающих средств.

Если ателектаз вызван каким-либо заболеванием, таким как пневмония или туберкулез, врач сначала назначит лекарства для уменьшения симптомов заболевания, а затем назначит комплексное лечение, в зависимости от характеристик тела пациента и типа ателектаза.

Таким образом, компрессионный ателектаз является наиболее опасным для здоровья человека. Этот тип легочного ателектаза требует немедленной диагностики и лечения. Своевременное обращение в больницу может спасти не только здоровье, но и жизнь.