

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 гидроторакса»

Выполнил:
студент 2 курса
группы 18ЛС1
Кокоулин М.А.

Преподаватель:
к.м.н., доцент кафедры
«Терапия»
Борисова Н.А.

Оценка:

Пенза, 2020

Содержание

1. Гидроторакс	3
1.1 Определение	3
1.2 Классификация	3
2. Диагностика гидроторакса	5
2.1 Лабораторно-инструментальные мероприятия	5
2.2 Лабораторные методы исследования	7
3. Рентгенологическая картина	9
4. Клиническая картина гидроторакса	11
4.1 Признаки	11
4.2 Осложнения	12
5. Лечение гидроторакса.....	14
Литература	16
Приложения	17

1. Гидротóракс

1.1. Определение

От лат. *hydrothorax* от др.-греч. ὕδωρ — вода + θώραξ — грудь — скопление жидкости невоспалительного происхождения (транссудата) в плевральной полости.

Может возникать при сердечной недостаточности, сопровождающейся застоем крови в большом круге кровообращения; заболеваниях почек, особенно с формированием нефротического синдрома; циррозах печени; асците различного генеза; синдроме нарушенного всасывания; алиментарной дистрофии; перитонеальном диализе; микседеме; при опухолях средостения.

Гидроторакс — это скопление невоспалительной жидкости (транссудата) в плевральной полости. [5]

Плевральная полость - это щелевидное пространство, расположенное между париетальным (прилегающей к стенке грудной полости) и висцеральным (охватывающей легкие и органы средостения) листками плевры. Обычно полость содержит несколько миллилитров плевральной жидкости, что облегчает скольжение листьев при дыхательных движениях. При гидротораксе количество жидкости в грудной полости значительно увеличивается (до 1 л и более), что сопровождается развитием характерных симптомов.

1.2. Классификация

Гидроторакс могут классифицировать по нескольким показателям.

Во-первых, это локализация процесса:

1. Односторонний
2. Двусторонний

Скопление жидкости зачастую наблюдается в правой полости плевры, но при дальнейшем развитии основного заболевания транссудат

появляется и слева. Количество пропотевшей жидкости может варьироваться от 100 мл и даже до нескольких литров, что и определяет выраженность гидроторакса. [6]

Во-вторых, по распространенности:

1. тотальным
2. частичным
3. осумкованным.

Это можно наблюдать в грудной полости при наличии спаек и процессе сращения. Общая картина указывает на накопление большого количества жидкости, которая покрывает все легочное поле во время обследования. В-третьих, если учитывать состав жидкости, то с транссудатом могут присутствовать и другие жидкости, например гной, кровь или лимфа. Тогда патология принимает характер пиоторакса, гемоторакса и хилоторакса. [4]

2. Диагностика гидроторакса

2.1 Лабораторно-инструментальные мероприятия

Качественная своевременная диагностика гидроторакса существенно влияет на процесс выздоровления пациента и заключается в следующем алгоритме проведения лабораторных и инструментальных мероприятий:

- первичное обследование пациента путем тщательного сбора анамнеза и изучения жалоб пациента ;
- объективное обследование пациента с помощью пальпации, аускультации легких и сердца, границ сердца и легочных звуков;
- рентгенологические методы диагностики органов грудной полости (рентген, УЗИ, компьютерная томография);
- диагностическая плевральная пункция с последующим цитологическим и микробиологическим исследованием пунктата. [3]

1. основным и наиболее распространенным способом диагностики гидроторакса является рентгенография, которая позволяет обнаружить наличие жидкости в грудной полости и определить приблизительный объем жидкости, оценить состояние органов средостения. Характерными скиалогическими признаками гидроторакса являются однородные потемнения различных размеров, с нисходящим, четким верхним пределом, с нижним контуром диафрагмы вблизи купола, который перемещается при дыхательных движениях. В этой ситуации вы не можете себе представить плевральные пазухи. При наличии ограниченных небольших объемов сбора жидкости рекомендуется выполнять рентгенографию на " лежащем боку пациента».

В ситуации, когда имеет место большое количество жидкости в одной из плевральных полостей, создаются условия для компрессии органов средостения, что на рентгенограмме выглядит как смещение срединной тени в здоровую сторону больше в нижних отделах.

2. Ультразвуковое исследование плевральных полостей позволяет точно измерить объем выпота, но этот метод исследования не позволяет спрогнозировать влияние имеющегося скопления жидкости на функцию легких. Ультразвуковым методом успешно излечивается терапевтическая плевральная пункция.
3. гидроторакс диагностируется наиболее информативным в настоящее время методом компьютерной томографии, так как помимо даже небольшого количества жидкости в нагруднике в настоящее время этот этнографический метод позволяет достоверно определить патологию, являющуюся корнем гидроторакса, который играет главную роль в определении состояния пациента.
4. Диагностическая плевральная пункция проводится после постановки диагноза "гидроторакс" установленными рентгенологическими методами диагностики. Цель заключительного экзамена-изучить место расположения плевральных пунктатов в воспалительном компоненте, провести цитологическое исследование, а в некоторых случаях выполнить посев бактерий для лечения потребителей кокаина при специфических инфекционных заболеваниях [1]

Плевральная пункция или плевроцентез - это малоинвазивная хирургическая манипуляция, которая может быть выполнена не только хирургом, но и пульмонологом. Это медицинское лечение не требует специальной подготовки пациента и проводится под местной анестезией.

Для выполнения плевроцентеза используется специальная троакарная игла широкого диаметра, которая соединена с резиновым переходником, на конце которого находится система откачки содержимого грудной полости. Лучшее положение больного во время плевральной пункции - "сидит на верхней половине грудной клетки, наклоненной вперед". В качестве анестетика используется Новокаин, который используется для пункции предполагаемого места пункции (седьмое межреберье по передней подмышечной линии). После манипуляции следует наложить плотную стерильную повязку и посоветовать пациенту в этот день соблюдать постельный режим. [2]

Несмотря на то, что плевральная пункция не требует массивного хирургического вмешательства, при ее осуществлении возможно проявление осложнений в виде: нарушения целостности легкого, печени или диафрагмы с последующим внутриплевральным кровотечением, воздушной эмболии сосудов, кровоснабжающих головной мозг. С целью диагностики осложнений плевральной пункции обязательно должно производиться контрольное рентгенологическое обследование органов грудной полости.

2.2 Лабораторные методы исследования

Для выяснения природы гидроторакса используются лабораторные методы исследования. Среди наиболее часто используемых диагностических мероприятий:

- Общий анализ мочи (как правило, была показана протеинурия различной степени выраженности, увеличение относительной плотности мочи и увеличение количества эритроцитов и лейкоцитов, с развитием гломерулонефрита);

- изменения биохимического анализа крови в основном влияют на объем содержания белка в крови за счет перераспределения белковых фракций (снижение содержания альбумина в крови);

- Общий анализ плеврального пунктата (в случае гидроторакса выпот представляет собой жидкость светло-желтого цвета с содержанием белка более 20 г / л и относительной плотностью менее 1,015.);

- хранение образцов из Ривальты (гидроторакс, если отрицательный);

- цитологический анализ пунктата на наличие атипичных опухолевых клеток;

- Бактериологический анализ плеврального пунктата на наличие возбудителей специфических инфекционных заболеваний (микобактерий туберкулеза). [7]

3. Рентгенологическая картина

Большое скопление жидкости в грудной полости, что характеризуется субтотальным или полным потемнением легочного поля. Из-за содержимого реберной диафрагмы и грудной полости в нижней части легочного поля темнеющее содержимое увеличивается и распространяется вверх. (см. Приложение 1,2). При гидротораксе, потемнении нескольких, интенсивных, однородных, элементов дыхательного рисунка, а также корня легких часто даже не видно (или плохо видно) на заднем плане, так же как и при левосторонней локализации, потемнение распространяется на тень сердца, сливаясь с ней. Купол диафрагмы плохо дифференцирован (или вообще не определен). Верхняя граница затемнения имеет дугообразную форму и лежит в направлении внешней части легочного поля вплоть до средней тени (контуры этой границы могут быть нечеткими). Прозрачность легких выше этого предела может снижаться (это связано с патологическими изменениями в самих легких, например, пневмонией или сдавлением содержимого легкого в грудной полости). Важным признаком гидроторакса является движение срединной тени в направлении, противоположном пораженному участку (это движение хорошо выражено, когда в грудной полости скапливается большое количество жидкости). Если в грудной полости скапливается небольшое количество жидкости, то рентгенограмма показывает потемнение только в области полостей. В этом случае жидкость спереди скапливается в заднем синусе (определяемом на основании боковой проекции), затем - в прибрежно-диафрагмальном синусе (определяемом на рентгенограмме, взятой из прямой проекции) (см. Приложения 1, 2). В общем случае острый "угол" определяется между диафрагмой и грудной стенкой в области синуса. Если накопить небольшое количество содержимого, то этот "угол" будет плоским, а синус - "мелким". [10]

Аналогичные изменения могут возникать при «запаивании» (облитерации) синусов фиброзной тканью, однако в этом случае верхняя граница затемнения в синусе не «вогнутая», а почти горизонтальная; кроме этого на снимке видны плевральные наслоения выше синуса (вдоль боковой стенки грудной клетки). В случае возникновения сомнений при постановке диагноза, назначается ультразвуковое исследование (УЗИ) плевральных полостей (таким образом можно дифференцировать небольшие объемы выпота в синусах и спайки).

Рентгенограмма, выполненная в прямой проекции, позволяет определить выпот, объем которого составляет примерно 200-500 мл. Снимок в боковой проекции позволяет определить выпот объемом примерно 150 мл.

4. Клиническая картина гидроторекса

4.1 Признаки

Гидроторакс в большинстве случаев развивается постепенно – несколько дней, реже несколько недель. По мере увеличения количества жидкости проявляется следующая клиническая картина:

1. возникает ощущение тяжести в грудной клетке. Дискомфорт в грудной полости уменьшается в положении лежа на больном боку. Если количество жидкости еще больше, то больной постарается принять полусидячее положение (жидкость устремляется в нижние отделы грудной полости и не давит на паренхиму легких или давит гораздо меньше);
2. есть субъективное ощущение, что в легкие поступает меньше воздуха.;
3. больной начинает дышать все чаще и чаще - это не всегда избавляет его от чувства нехватки воздуха; цианоз (цианоз) кожи и видимых слизистых оболочек появляются в более поздних стадиях, поэтому в начальной стадии гидроторакса исследование больного не будет информативным. Цианоз возникает из-за плохой вентиляции легких и увеличения количества углекислого газа в крови.;
4. из-за того, что это невоспалительный процесс, температура тела не повышается-в некоторых случаях она может даже снижаться. Если скопилось много жидкости, мешающей подвижности грудной клетки, провоцирующей отставание пораженной половины акта дыхания, то это приводит к тому, что межреберные промежутки будут более гладкими, а затем выпячиваться – это видно при осмотре больного.

Часто гидроторакс сопровождается:

- гидроперикардом (наличием жидкости в полости перикарда);
- асцитом (скоплением свободной жидкости в брюшной полости).

В этих случаях, помимо симптомов со стороны дыхательной системы, появляются соответствующие симптомы:

Со стороны сердца –

1. боль в груди срочного характера, быстрая утомляемость,
2. повышенная одышка,
3. сердечные расстройства (по данным ЭКГ));

Со стороны брюшной полости –

1. ощущение желудочно-кишечного насыщения, надавливания и боли не слишком сильно болит,
2. изжога
3. нарастающая тошнота,
4. постоянная рвота,
5. выпячивание тканей в области пупка,
6. вздутие живота, деформация брюшной полости, (в положении лежа больного она прижимается, в положении сидя- свисает),
7. выражена венозная сеть кожи передней брюшной стенки. Были случаи, когда гидроторакс, хотя и развивался впервые, был менее выражен, чем сопутствующие гидроперикардит и асцит, и только медицинский анализ позволяет выявить наличие жидкости в грудной полости. [8]

4.2 Осложнения

Основным прямым осложнением гидроторакса является острая дыхательная недостаточность. Это происходит из-за того, что при сдавливании легочной ткани накапливается жидкость, увеличивающая плевральную полость, которая слишком много из плевральных листьев всасывает. При нелеченном гидротораксе тяжелая дыхательная недостаточность часто возникает в течение первой недели с момента начала накопления жидкости в плевральной полости. В случае повышенной выработки жидкости (из-за тяжелых заболеваний, приводящих к

гидротораксу или врожденным признакам плеврита) дыхательная недостаточность может возникнуть в первые дни после возникновения гидроторакса. [1]

5. Лечение гидроторакса

Принципы терапии консервативны. Её цель- купировать и бороться с основным видом заболевания- тем, которое было вызвано появлением этого патологического состояния.

Лекарственная терапия. Продолжая говорить о принципах при лечении малого гидроторакса необходимо перечислить препарат, показанный к приему при данной патологии. Обычно такие средства требуются:

2. Антибиотики. Они должны быть приняты после инъекции, чтобы уменьшить риск воспаления до минимума.
3. Калийсберегающие диуретики. Помогают избавиться от вздутия живота и вывести из организма избыток жидкости. Чтобы в результате нормализовалось и кровяное давление.
4. Гормоны. Они помогают нормализовать работу эндокринной системы.
5. Также назначаются препараты, устраняющие беспокойство, улучшающие сон, стимулирующие аппетит и устраняющие боль. Это могут быть гепатопротекторы, седативные препараты, обезболивающие. Очень важно, чтобы все препараты, назначенные пациентом, сочетались друг с другом. В противном случае могут возникнуть побочные эффекты. Диета трудно с уверенностью сказать, каких принципов питания должны придерживаться пациенты с гидротораксом. Все зависит от патологии, которая вызвала это состояние. Но, как правило, назначают диету № 10 или № 10А. Она подразумевает фрагментарную диету, исключение соли из рациона и ограниченное потребление воды и других жидкостей. Все вредные, жирные и острые продукты питания, бульоны, кондитерские изделия, хлеб и

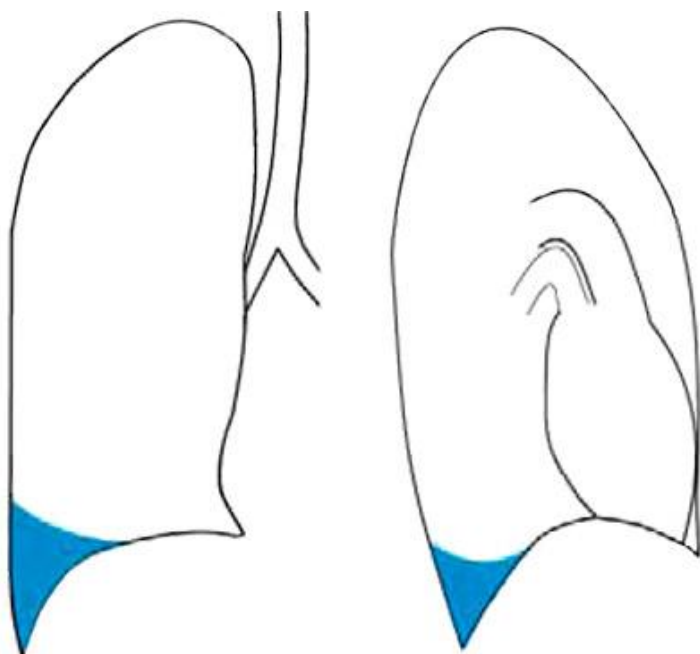
пирожные, гусь, утка, свинина, кулинарный жир, кишечник животных, консервы, колбаса, рыба, молочные продукты, бобовые, кислые ягоды и фрукты запрещены. Однако все рекомендации для больного носят диетический характер, учитывая основное заболевание и стадию развития гидроторакса. [9]

Литература

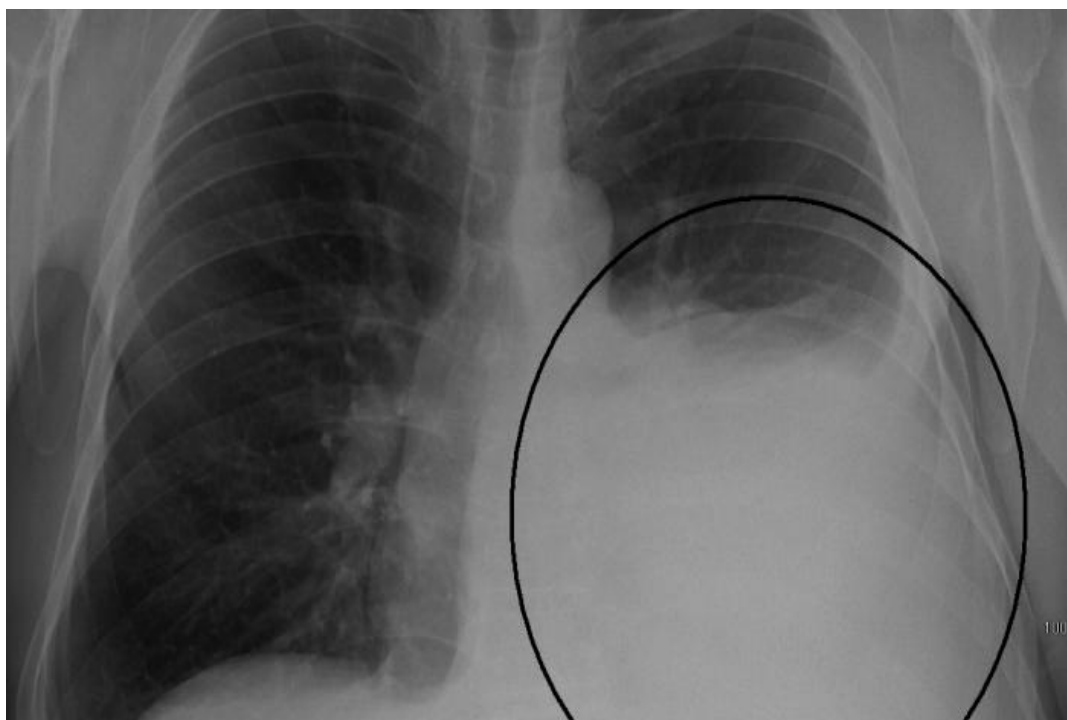
1. Колядич М.И., Рябова Л.В., Макарова Н.А., Лебедев Е.В., Сала-шенко А.О., Генкель В.В. Клинические синдромы при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательных систем; под ред. проф. Шапошника И.И. – 2016. – 50 с.
2. Моисеев В.С. Внутренние болезни. В 2 т. Т.1.: учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 564 с.
3. Нестеренко Ю.А., Ступин В.А.: Пневмоторакс, гидроторакс, фиброторакс. 2009 г.
4. Основы семиотики заболевания внутренних органов. Учебное пособие. Струтынский А. В., Баранов А.П., и др. изд. «Медпресс-информ » 2008 г.
5. Перельман М.И с соавт. Фтизиатрия 2010 г.
6. Практикум по пропедевтике внутренних болезней. Учебное пособие. Под редак. Ж.Д. Кобалава, В.С. Моисеева. Изд. «ГЕОТАР-Медиа», М., 2008.
7. Рхаррисон Т. Внутренние болезни. В 10 книгах. Книга 5: Пер. с англ./ В60 Под ред. Е. Браунвальда, К. Дж. Иссельбахера, Р. Г. Петерсдорфа и др. — М.: Медицина.— 2015. — 448 с.
8. Физические методы диагностики. Авербах М.М., М., 1986.

Приложения

Приложение 1. Малый гидроторакс. Схематическое изображение рентгенограмм в прямой и боковой проекциях.



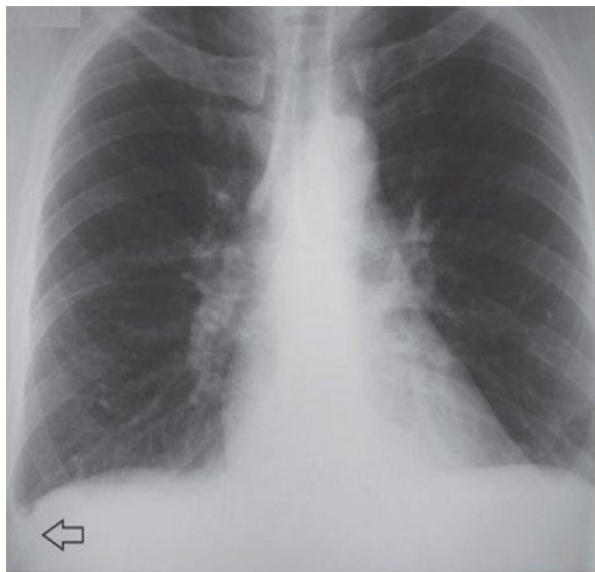
Приложение 2. Обширный гидроторакс



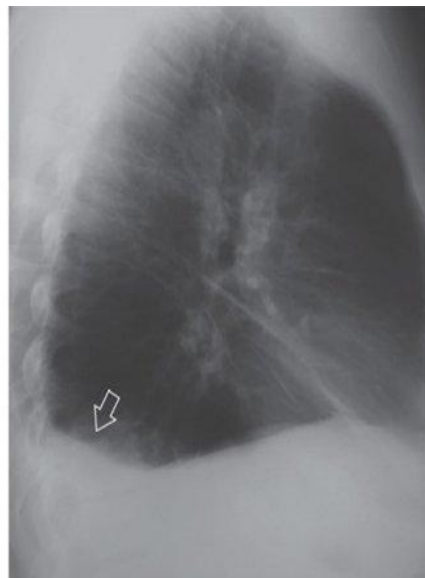
Приложение 3. Малый гидроторакс (см. стрелка)

а- прямая проекция

б- боковая проекция



а



б