

Příznaky a fyzikální nálezy u onemocnění pleury

Onemocnění pleury, pneumotorax a fluidotorax patří mezi častá onemocnění dýchací soustavy.

Nejčastější **příznaky plicních chorob** dělíme na celkové a funkční. Mezi celkové příznaky patří nechutenství, únava, horečka, hubnutí a pocení. Mezi funkční příznaky patří kašel, chrapt, dušnost a bolest. Pokud dochází k nedostatečnému přísunu kyslíku do tkání, tak může nastat i cyanóza. Cyanóza vzniká díky zvýšené koncentraci redukovaného hemoglobinu v kapilární krvi nad 50 g/l. Dále můžeme pozorovat krvácení z plic (hemoptýza).

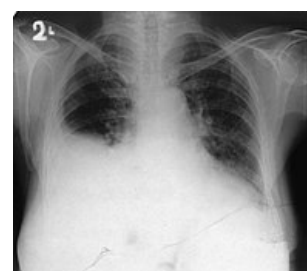
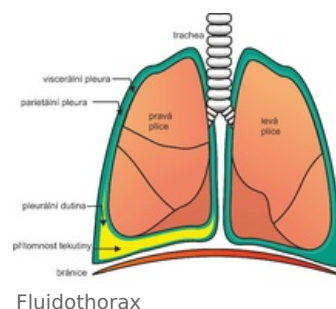
Pleuritida

Pleura je lesklá, průsvitná a serózní blána, která pokrývá hrudní dutinu. Pleura se skládá z viscerálního a parietálního listu. Buňky pleury vylučují na povrch tekutinu, která tvoří výplň mezi parietální a viscerální pleurou, tím umožňuje klouzání pleurálních listů při dýchání. Pleura visceralis je pevně srostlá s plicemi.

Pleuritida je zánětlivé onemocnění pleury. Nejčastěji má povahu *serózního zánětu*.

Podle obsahu pohrudniční dutiny rozlišujeme:

- **suchá pleuritida** (*pleuritis sicca*) – bez přítomnosti tekutiny v pleurální dutině;
 - projevuje se bolestí na hrudi, dýchací pohyby jsou omezeny, pacienta trápí silný dráždivý kašel a horečka;
- **vlhká pleuritida** (*pleuritis humida*) – v pleurální dutině je přítomna tekutina
 - mezi listy pleury se hromadí tekutina, což se označuje pojmem **fluidothorax**
 - může se zde hromadit exsudát, transsudát, krev (pak vzniká hemothorax) nebo empyém (hnis);
 - musíme rozlišit transudát a exsudát:
 - **transsudát** – neobsahuje bílkoviny, nachází se u srdečních vad, při srdečním selhání, při cirhóze jater, nefrotického syndromu, peritoneální dialýzy a plicní embolie;
 - **exsudát** – obsahuje velké množství bílkovin, nachází se u zánětů, tumorů, tuberkulózy, hemothoraxu, při perforaci jícnu a pankreatitidy;
 - na rozložení výpotku v pohrudniční dutině má vliv elasticita plicní tkáně a gravitace (způsobuje hromadění výpotku na nejnižších místech);
 - projevuje se jako dušnost, kašel, horečka a bolest, která vystřeluje do stejnostranného ramene;
 - ze zobrazovacích metod se provádí RTG, kde pozorujeme zastínění nad bránicí (zde se nachází výpotek);
 - provádíme vyšetření pohledem, poklepem a poslechem;
 - fyzikálně můžeme prokázat výpotky od 200 až 400 ml;
 - poklep plic je ztemnělý až temný a nad horní hranicí je pás bubínkového poklepu (škodův pokleповý tón);
 - poslechově je dýchání oslabené
 - provádí se pleurální punkce a tekutina se následně odesílá na bakteriologické, biochemické a cytologické vyšetření;



Fluidothorax na RTG

Pneumotorax

Pneumotorax je nahromadění vzduchu či jiného plynu v pleurální dutině s částečným nebo úplným kolapsem plice. v interpleurálním prostoru je normálně negativní tlak 0,4 až 0,7 kPa. Díky negativnímu tlaku je možné dýchání. Pokud dojde k porušení tohoto negativního tlaku, tak plice zkolabují směrem k hilu.

Rozlišujeme pneumotorax *zevní* a *vnitřní*. Zevní pneumotorax je dán tím, že interpleurální prostor je spojen s atmosférou pomocí porušené hrudní stěny. Při vnitřním pneumotoraxu se dostává vzduch mezi pleurální listy při protržení viscerální pleury, například při provalení abscesu nebo cysty.

Pneumotorax může být *úplný* nebo *částečný*. Při úplném pneumotoraxu je plice totálně volná a celá se smrští k hilu. Částečný pneumotorax je stav, kdy se mezi pleurami nachází srůstky, což vede k tomu, že plice nemůže celá zkolabovat.

Pneumotorax může být etiologicky rozdělen na *primární* a na *sekundární*.

Primární pneumotorax je spojen nejčastěji s rodinnou anamnézou, astenickou povahou, abusem kouření, kokainu a marihuany. Sekundární pneumotorax vzniká následkem předchozích chorob, kterými jsou například astma bronchiale, nekrotická pneumonie, CHOPN, cystická fibróza, Marfanův syndrom, černý kašel, sarkoidóza, atd.



Pneumotorax

Tenzní pneumotorax je zvláštní typ pneumotoraxu, který může být velmi nebezpečný. V tomto případě otvor, kterým proniká vzduch do pleurální dutiny, funguje jako záklopka. Tato záklopka následně pouští vzduch dovnitř při nádechu, ale při výdechu už vzduch nemůže unikat ven. Celý tento proces vede k tomu, že se neustále zvyšuje tlak v pleurální dutině a to vede k utlačení ostatních orgánů v mediastinu. Vzniká útlak velkých žil a nedostatečným návratem krve do srdce dochází k obstrukčnímu šoku.

Vyšetření pneumotoraxu se skládá z vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Při pohledu pozorujeme vyplněné mezižeburní prostory, bránice je stlačena dolů a můžeme sledovat, že jedna polovina hrudníku nedýchá. Pomocí pohmatu sledujeme, že *fremitus pectoralis* (hrudní chvění) je silně oslabený až vymizelý. Poklep plic je hypersonorní až bubínkový, což je dáno zvýšeným obsahem vzduchu v plicích. Poslechově je slyšet oslabené skřípkové dýchání. Při pneumotoraxu může být také dýchání naprosto neslyšné.

Fluidopneumotorax

Fluidopneumotorax nastává, pokud je v pleurální dutině současně přítomen vzduch i tekutina. Horní hranice výpotku je vodorovná a zůstává horizontální v jakékoliv poloze. Poklepový nález se mění v závislosti na poloze pacienta.

Odkazy

Související články

- pneumotorax
- fluidotorax
- kašel

Použití literatury

- CHROBÁK, Ladislav, et al. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 2. vydání. Grada, 2003. ISBN 80-247-0609-1.
- KLENER, Pavel, et al. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 2. vydání. Praha : Galén, 2006. 325 s. ISBN 80-246-1254-2.