

Туберкулёзный плеврит (ТП), эмпиема плевры.

г. Абакан

план

- Понятие
- Особенности патогенеза ТП
- Классификация
- Клиника
- Диагностика
- Диф. диагностика
- лечение

Понятие

- ТП в том числе эмпиема плевры, характеризуется воспалением плевры и накоплением экссудата в плевральной полости. В связи с чем сухой плеврит как патоморфологическая форма место не имеет.
- ТП это экссудативный плеврит (ТЭП) при наличии изолированного прежде всего необходимо думать о туб. этиологии. Из всех ЭП, туб этиология выявляется в среднем 15%, но м.б. до 50 %.
- Может являться как самостоятельной формой так и осложнением любого туб поражения легких и ВГЛУ.
- Чаще выявляется у лиц молодого возраста до 25 лет. Причиной смерти является хроническая эмпиема до 1% среди всех умерших от ТБ.
- Доля ТП среди всех форм ТБ ОД составляет 3-5%.

патогенез

- Плевральная оболочка, плевра – это серозная оболочка, на которую различными путями заносятся МБТ и вызывают специфическое воспаление в виде мелких, множественных ТБ бугорков (гранулём), в связи с чем резко возрастает продукция плевральной жидкости, имеющий воспалительный характер. При наличии гнойного экссудата, плеврит называют эмпиемой.
- Анатомо-физиологическое строение и взаимосвязь плевры и лимфосистемы играет роль в патогенезе ТЭП. **Плевра** – соединительно-тканная оболочка и покрыта снутри плоским однослойным эпителием (мезотелием). Имеются устья соединяющие плевральную щель с сетью лимфатических сосудов.
- Плевра висцеральная окутывает лёгкие и заходит по междолевым щелям, вырабатывает жидкость. Parietalная плевра всасывает жидкость: медиастанальная, реберная, диафрагмальная.
- От времени возникновения ТП (первичное инфицирование или вторичное), а также от индивидуальной реакции организма зависит преобладание того или иного компонента воспаления и тип экссудата.
- В зависимости от этого выделяют основные типы ТП.

Классификация ТЭП:

- Плеврит – это синдром депонирования жидкости в плевральную полость, в норме в сутки вырабатывается 20-30 мл. жидкости.
- ТП с преобладанием аллергического компонента, при первичном ТБ (туб интоксикация у детей и подростков, ПТК, ТВГЛУ) по типу аллергического (параспецифического) воспаления плевры - ГЧЗТ, без наличия очагов ТБ.
- Развивается на фоне высокой сенсебилизации организма, а именно серозных оболочек, в плевральной полости образуется обильный серозный выпот.
- Сами непосредственно МБТ в плевральные листки и полость не попадают, вследствие чего биопсийно элементов специфического туберкулёзного воспаления не находят и МБТ не высевают. Клеточный состав экссудата Лф-цитарный, но чаще эозинофильный, который чаще рассасывается бесследно даже без специфического лечения или на фоне лечения неспецифическими АБП.

Классификация ТЭП:

- Перифокальный ТП возникает при наличие очага в легочной ткани тесно прилежащего к плевре (субплеврально) или при ТВГЛУ (с поражением медиастенальной плевры), т.е. это осложнённое течение кокой либо формы ТБ Од. Чаще возникает при диссеминированном ТБ, инфильтративном, казеозной пневмонии, ПТК или ТВГЛУ (у детей) , очаговом ТБ лёгких. Его излечение и наличие остаточных изменений будет зависеть от инволюции ТБ воспаления в легочной ткани.

Классификация ТЭП:

- Туберкулёз плевры, при наличии множественных милиарных очагов на плевре, которые можно выделить биопсийно. МБТ будут определяться в плевральном экссудате бактериологическими методами.
- Он м.б. единственным проявлением Тб или сочетаться с другими легочными формами ТБ. В плевральной полости образуется серозно-фибринозный экссудат, который при прогрессировании ТБ может стать геморрагическим и гнойным.
- При инволюции процесса выпот частично рассасывается, листки воспалённой плевры утолщаются, полость плевры частично или местами облитерируется, т.е. формируются спайки.

Эмпиема плевры:

- Гнойный ТП или эмпиема возникает казеозный некроз плевры, чаще вследствие прорыва каверны в плевральную полость, т.е. как причина сформировавшегося свища из каверны в плевру, но так как каверна сообщается с дренирующим бронхом, свищ будет бронхоплевральным и будет в плевральную полость проникать воздух – пиопневмоторакс. При длительно сохраняющейся каверне формируется хроническая ТБ эмпиема.
- Листки пораженной плевры резко утолщены, со временем гиалинизируются вплоть до кальцинации, перестают выполнять свою функцию и становятся хроническим очагом воспаления и размножения МБТ.
- При излечении образуются обширные плевральные наложения (шварты, спайки), облитерации, фиброзные изменения легкого, грудной стенки.
- Изречение Гиппократ 7 век: «если плеврит не разрешился в течении 14 дней, следует думать об эмпиеме..»

КЛИНИКА

- Зависит от типа воспаления
- При аллергическом ТП острое начало, повышение температуры 38 и выше.
- Появляются и нарастают сухой кашель, одышка, тахикардия, боль, недомогание, которые даже без лечения могут также быстро исчезнуть в среднем в течении 2-х нед. вследствие рассасывания экссудата.
- При перифокальном ТП также острое начало с данными жалобами, но жалобы сохраняются до 1мес., при эвакуации жидкости она имеет тенденцию к постоянному накоплению, рецидивирующее течение ЭП.
- Обнаруживаются обильные плевральные наслоения. При отсутствии специфического лечения в дальнейшем развивается легочной ТБ.

КЛИНИКА

- Тб плевры характеризуется не только острым, но и подострым началом и даже малосимптомным течением. При этом имеются выраженные симптомы ТБ интоксикации. Выпот массивный длительно постепенно накапливается. При этой форме часто высевают МБТ в плевральной жидкости.
- Эмпиема. Тяжёлая интоксикация, т-ра выше 38, слабость, тахикардия, снижение веса, ночные поты, одышка, сухой кашель, боль в боку, которая усиливается при кашле и при наклоне в здоровую сторону, может иррадиировать в плечо, спину, живот.
- Самый тяжёлый и плохо поддающийся лечению тип ТП + присоединяется вторичная м\флора и аспергиллез.
- Гнойный процесс может перейти на мягкие ткани грудной клетки вызвать флегманозное воспаление клетчатки и мышц и образоваться торакальный свищ. Нередко развивается амилоидоз внутренних органов.

КЛИНИКА

- Объективно: ограничение подвижности грудной клетки на стороне поражения, шум трения плевры, ослабленное дыхание, притупление перкуторного звука, увеличение ЧД, голосовое дрожание ассиметрично, ослаблено.
- При эмпиеме: пораженная сторона отстает в акте дыхания, могут сгладиться межреберные промежутки, дыхание не проводится, перкуторный звук тупой, голосовое дрожание отсутствует, могут прослушиваться сухие свистящие хрипы из-за свища.

диагностика

- Лучевые методы (Р-графия, Р-скопия, фистулография, УЗИ, КТ)
- Бактериологические
- Клинические анализы крови, мочи
- Биохимические исследования
- Туберкулинодиагностика
- Исследование плевральной жидкости
- Биопсийные методы

ДИАГНОСТИКА

- Лучевыми методами будет определяться свободный плевральный выпот определённого количества, Р-логически в виде достаточно гомогенного затемнения, верхняя граница которого чаще косая либо горизонтальная и она смещается при изменении положения больного.
- Во всех случаях при подозрении на ЭП проводится плевральная пункция (техника проведения на практических занятиях), как с диагностической целью так и с лечебной.
- Плевральная жидкость: имеет следующие особенности – это экссудат (различие м\у трансудатом): белок 30г\л и более, снижение сахара менее 3,33 ммоль\л (при эмпиеме глюкоза отсутствует, при других экссудатах равна уровню в крови)

диагностика

- Соотношение ЛДГ выпота к ЛДГ крови более 0,6, удельный вес 1015 и более
- цитоз 3-х значное число, р-ция Ривольта +/-+++.
- Цитограмма плевральной жидкости: мезотелий не более 5%, Лф 80-100%, Эр единичные, Нф не более 10%, Э не более 10%, но могут преобладать до 80%, при эмпиеме Нф более 20%, периодически жидкость может быть геморрагической с большим количеством Эр.
- МБТ в плевральной жидкости обнаруживают не всегда, но при ТБ плевры и эмпиеме до 100%

Диагностика

- В клинических анализах крови незначительные воспалительные изменения – Л-цитоз не выраженный до 10, характерен Лф-цитоз, эозинофилия, СОЭ усиливается до 15-18 мм\ч.
- При эмпиеме – часто анемия, Л-цитоз умеренный до 18-20, Нф-сдвиг, Лф-пения, моноцитоз, резко ускоренное СОЭ до 45-60мм\ч.
- ИФА и ПЦР плевральной жидкости на МБТ (+) результат.
- Пр. Манту будут резкоположительными или гиперэргическими. ДСТ (+). При эмпиеме пр. Манту слабо (+) или (-), но ДСТ (+).
- Торакоцентез для получения биопсийного материала с воспаленных листков плевры, где локализуются ТБ грануляции, также эти ткани исследуют культуральными методами на МБТ. Биопсийно описание туберкулёзного воспаления.

Диф. диагностика

- При получении анализа исследования плевральной жидкости нужно определить – экссудат или транссудат, если данные за транссудат, то ТБ этиология исключается.
- **Экссудат при:** Бактериальная инфекция ДП, ведущая причина
- Онкопатология
- ТЭЛА
- Гастроэнтерологические заболевания: патология печени (цирроз), параконкротный плеврит (ПЖЖ), перфорация ЯБЖ, абсцесс брюшной полости, диафрагмальная грыжа.
- Заболевания соединительной ткани: ревматизм, СКВ, синдром Съёгрена (системное поражение слизистых), эозинофильный васкулит или с-м Чардж-Страусс (при БА), гранулематоз Вегенера.
- Травматические поражения, в т.ч после кардиохирургических вмешательств, электрошок.
- Другие причины: асбестоз, саркоидоз, с-м гиперфункции яичников, радиационные повреждения и прочие.

Транссудат при:

- Патология ССС- застойная СН, ведущая причина.
- Болезни перикарда
- Нефротический синдром
- Перитонеальный диализ
- Уриноторакс
- Микседема
- Окклюзия центральной вены
- Трансплантация костного мозга
- Ятрогенная причина.