

Кафедра:

Туберкулезные плевриты



Выполнила:

Проверила:

Астана, 2016

- **Туберкулезный плеврит** представляет собой воспаление плевры, обусловленное микобактериями туберкулеза.
- Составляя 6 — 8% среди легочных форм туберкулеза, туберкулезный плеврит является причиной более 50% всех плевральных экссудаций. Туберкулезный плеврит может протекать в виде отдельной клинической формы туберкулеза или быть осложнением. У взрослых возникновение серозных экссудативных плевритов происходит преимущественно гематогенным путем. Плевра может поражаться и при распаде субплеврально расположенного очага или разрыва каверны.

- **Туберкулезный плеврит** сравнительно редко бывает самостоятельным заболеванием, чаще он сопутствует легочному и внелегочному туберкулезу. Он встречается при диссеминированных формах, первичном туберкулезном комплексе и при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов. За последние годы уменьшился удельный вес плевритов туберкулезной этиологии среди всех плевритов.

Туберкулезные плевриты бывают серозные, серозно-фиброзные, гнойные, реже - геморрагические. Диагноз плеврита устанавливается на основании клинических рентгенологических данных и при пункции плевральной полости.

- В зависимости от особенностей патогенеза и клинического течения различают три варианта туберкулезных плевритов: аллергический, перифокальный и туберкулез плевры (*parapneumonia pleurae*).

- **Аллергический плеврит** является по своей сути параспецифической реакцией. Он возникает обычно на фоне гиперергической туберкулиновой чувствительности. Заболевание протекает остро, с быстрым накоплением значительного количества экссудата и с относительно быстрой обратной динамикой: в течение 3 — 4 недель может произойти рассасывание экссудата. Экссудат, как правило, серозный, лимфоцитарной, реже — эозинофильный. Микобактерии в экссудате не обнаруживаются. Одновременно с этим вариантом плеврита могут быть обнаружены и другие параспецифические реакции в виде узловой эритемы, фликтен, кератоконъюнктивита, артрита, полисерозита.

- **Перифокальный плеврит** возникает в связи с переходом воспалительного процесса на плевру из субплеврально расположенного первичного аффекта, легочного очага или инфильтрата. На междолевую и медиастинальную плевру процесс может распространяться из близко расположенных казеозно-измененных внутригрудных лимфатических узлов. Перифокальный плеврит протекает на фоне как гиперергической, так и умеренной чувствительности к туберкулину. Количество экссудата в плевральной полости бывает различным: от минимального (слипчивый, адгезивный, фибропластический плеврит) до значительного количества. Экссудат серозный, серозно-фибринозный, фибринозный; по клеточному составу — лимфоцитарной. Микобактерии в экссудате обнаруживаются редко. Течение такого процесса обычно длительное, торпидное, рецидивирующее.

- **Туберкулез плевры** характеризуется диссеминацией в плевре множественных мелких или немногочисленных крупных очагов с элементами казеозного некроза. Иногда возникает обширная казеозно-некротическая реакция. Поражение возникает гематогенным путем либо при прорыве казеозных очагов или каверн в плевральную полость. Экссудат при туберкулезе плевры серозный лимфоцитарной, серозный нейтрофильный или гнойный (эмпиема плевры). Серозный лимфоцитарной экссудат наблюдается при преимущественно экссудативном воспалении плевры. Серозный нейтрофильный экссудат свидетельствует о развивающейся казеозно-некротической реакции. При обширных казеозно-некротических изменениях экссудат становится серозно-гнойным и гнойным. В выпоте могут определяться микобактерии туберкулеза. Этот вариант течения заболевания является наиболее тяжелым.

- Дифференциация туберкулеза плевры, перифокального и аллергического плеврита является достаточно условной. Однако по возможности следует определять преобладающий вариант поражения, так как от него во многом зависит лечебная тактика.
- По характеру патоморфологических изменений в плевральной полости и наличию выпота **плевриты разделяются на экссудативные и сухие (фибринозные).**

- **Экссудативный плеврит.** Клиническая картина экссудативного плеврита очень характерна. Он, как правило, начинается остро — с высокой температуры (до 38 — 39 С), озноба, слабости, появления болей в грудной клетке, одышки, сухого кашля. С накоплением экссудата боли в грудной клетке уменьшается, появляется чувство тяжести, нарастает одышка. При туберкулезной этиологии плеврита возможно также подострое и постепенное развитие заболевания, наличие продромального периода длительностью от нескольких дней до 2 — 3 недель.

Положение таза вынужденное — лежачая на больном боку. Определяется отставание больной половины грудной клетки в акте дыхания, притупление перкуторного звука, переходящее в тупость над зоной экссудата, и резко ослабленное дыхание. Верхняя граница экссудата выглядит в виде кривой — линии Дамуазо. Между позвоночником и восходящей верхней границей тупости определяется треугольник с более ясным перкуторным звуком с тимпаническим оттенком (треугольник Гарланда), а на здоровой стороне — паравертебральный треугольник с притупленным звуком (треугольник Раухфуса — Громко). Шум трения плевры может выслушиваться в начале заболевания и при рассасывании экссудата. При пальпации обнаруживаются болезненность и напряжение мышц плечевого пояса, снижение голосового дрожания, смещение сердечного толчка в противоположную сторону.

- Рентгенологическая картина. Над проекцией легкого появляется значительное бесструктурное затемнение, верхняя граница которого располагается в виде вогнутой кривой линии, идущей сверху снаружи книзу внутри, — линии Дамуазо. Интенсивность затемнения увеличивается сверху вниз. Одновременно при значительном количестве экссудата рентгенологическое отмечается смещение средостения в здоровую сторону. Количество выпота, образующего отчетливую тень при рентгенологическом исследовании, должно достигать 200 — 250 мл.

- **Гнойный плеврит (туберкулезная эмпиема)** — наиболее тяжелый вариант специфического поражения плевры, возникающий при поступлении в плевру массивной дозы МБТ лимфо-гематогенно или при прорыве субплеврально расположенного очага или каверны. Состояние больного обычно ухудшается внезапно с подъемом температуры, одышкой, болями в боку, слабостью и головной болью. При прорыве в полость плевры каверны или казеозного очага первым симптомом является резкая одышка вследствие развития спонтанного пневмоторакса. В этом случае в плевральной полости возникает выпот, содержащий не только МБТ, но и неспецифическую микрофлору. В ряде случаев гнойный плеврит (холодная эмпиема).
- **Сухой (фибринозный) плеврит.** Фибринозный плеврит может развиваться постепенно или остро. Больные жалуются на повышение температуры, боль при дыхании, сухой кашель, небольшую одышку.
- **Объективное исследование.** Пораженная сторона отстает при дыхании. При пальпации определяется напряжение и болезненность мышц надплечья, большой грудной мышцы и других мышц плечевого пояса. Перкуторный звук над областью плеврита слегка укорочен. На фоне ослабленного дыхания выслушивается шум трения плевры.
- **Рентгенологическое исследование.** Ограниченный фибринозный плеврит проявляется нежным затемнением соответствующего участка легочного поля. При массивных плевральных сращениях выявляются апикальные, остальские, косто-диафрагмальные, медиастинальные наслоения, которые деформируют контуры диафрагмы и дают неравномерное затемнение легочных полей.

Диагностика туберкулезных плевритов

- 1. Анамнез — установление туберкулезного контакта.
- 2. Туберкулиновые пробы — обычно высокие, за исключением эмпиемы, при которой характерны низкие и отрицательные пробы.
- 3. Особенности клиники — наряду с острым течением встречается подострое и малосимптомное, возможно наличие длительного подромального периода. Характерны медленное рассасывание, склонность к торпидному, рецидивирующему течению, осумкованию экссудата, развитию больших остаточных изменений. Неспецифическая терапия малоэффективна.
- 4. Рентгеномографическое исследование — позволяет в ряде случаев выявить характерные для туберкулеза изменения в легких и внутригрудных лимфатических узлах, исключить неспецифическую пневмонию.
- 5. Клинический анализ крови — выявляет относительно невысокое или нормальное количество лейкоцитов, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево или его отсутствие при значительном увеличении СОЭ до 50 мм/ч. Нередко имеется лимфопения, в дальнейшем переходящая в лимфоцитоз, и моноцитоз. При туберкулезном гнойном плеврите (эмпиеме) воспалительные изменения в крови резко выражены.
- 6. В анализе мочи при гнойном плеврите могут появиться белок и цилиндры.
- 7. Бронхоскопическое исследование — позволяет обнаружить прямые и косвенные признаки туберкулезного поражения: туберкулез бронха, рубцы, признаки гиперплазии ВГЛУ.
- 8. Исследование плеврального экссудата. Экссудат при туберкулезном плеврите богат белком — 30 — 40 г/л, проба Ривальта положительна. Типичен серозный экссудат с преобладанием в клеточном составе лимфоцитов. Необходимо исследовать экссудат на МБТ методом флотации и посева, однако положительный результат встречается не часто (около 10% случаев). Исключение составляет туберкулезная эмпиема, при которой экссудат нейтрофильный (гной) и МБТ определялись в 60 — 90%. Характерно низкое содержание глюкозы (ниже 3,33 ммоль/л).

- 9. Поиск МБТ надо проводить не только в экссудате, но и в промывных водах бронхов, мокроте, моче всеми методами.
- 10. Серологическая диагностика. Наличие высоких титров антител в реакциях РНГА, ИФА и других свидетельствуют в пользу туберкулезной этиологии плеврита, но и низкие титры ее не отрицают. Антитела можно определять как в сыворотке крови, так и в плевральном экссудате.
- 11. Внелегочные локализации туберкулеза в глазах, почках, костях и других органах подтверждают туберкулезную природу плеврита.
- 12. Аденазиндезаминазы (АДА). Туберкулезному плевриту свойственна активность АДА в экссудате выше 35 ед./л.
- 13. УЗИ позволяет определить незначительное количество жидкости, которое не видно при рентгенографии (400,0 — 20,0 мл), уточнить наличие и расположение осумкований, при сухом плеврите — диагностировать незначительные утолщения плевры;
- 14. Компьютерная томография органов грудной полости (плевры, легких и средостения) в сложных случаях помогает верифицировать этиологию плеврита.
- 15. Инвазивные методы: видеоторакоскопическая биопсия плевры применяется для верификации диагноза при недостаточной информативности других методов, особенно при подозрении на онкологический процесс.

Дифференциальная диагностика

- **Плеврит при бактериальной пневмонии** характеризуется наличием инфильтрации в легочной ткани и жидкости в плевральной полости с той же стороны. Обычно объем экссудата незначительный, при посеве экссудата обнаруживается неспецифическая микрофлора (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Proteus*, *Klebsiella pneumoniae*, реже — *Streptococcus pneumoniae*). Небольшие плевральные выпоты встречаются также при вирусных и микоплазменных пневмониях. Пневмонии, осложненные экссудативным плевритом, начинаются остро, с подъемом температуры порой выше 39 °С. Чаше, чем при плевритах другой этиологии, отмечается высокий лейкоцитоз и С ОЭ более 50 мм / ч. Для парапневмонических плевритов характерна высокая частота гнойных экссудатов, на фоне ранней антибактериальной терапии встречаются лимфоцитарные экссудаты. Подтверждением неспецифической этиологии плеврита является быстрая положительная динамика процесса под влиянием неспецифической терапии.

- **Плеврит при грибковой инфекции (аспергиллез, актиномикоз и др.)** в большинстве случаев сочетается с поражением легочной паренхимы очагового, инфильтративного, кавернозного характера. Диагноз грибковой инфекции подтверждает обнаружение возбудителя и выделение его культуры при посеве экссудата, биоптата плевры, мокроты. Эффективны серологические методы исследования.
- **Плевриты при онкологических заболеваниях** характеризуются односторонней болезнью в грудной клетке, сухим мушкетерным кашлем, интоксикации. Характер экссудата геморрагический, серозно-геморрагический. Наиболее часто метастазируют в плевру рак молочной железы, яичников, матки, желудка, прямой кишки, поджелудочной железы, мочевого пузыря, печени. Основой диагностики являются определение первичной локализации процесса, плевроскопия, биопсия плевры.
- **Мезотелиома плевры** — злокачественное заболевание, для которого характерно быстрое прогрессирование, боли в грудной клетке, симптомы поражения средостения, утолщение плевры. Рентгенологическое определяется интенсивная округлая или полициклическая тень, примыкающая к внутренней поверхности грудной клетки. Ранний признак мезотелиомы — плевральный выпот. При цитологическом исследовании в экссудате обнаруживаются опухолевые клетки в 20 — 30% случаях. В диагностике помогают компьютерная томография, торакоскопия и биопсия.

- **Плевриты при коллагенозах** чаще всего встречаются при системной красной волчанке (СКВ). Выпот обычно небольшой, чаще двусторонний. Болеют чаще женщины 20 —

нефрит, поражение печени, нервной системы, кожи, увеличение всех групп лимфатических узлов. Экссудат серозный с преобладанием лимфоцитов. Обнаруживаются волчаночные LE-клетки и антинуклеарный фактор. Биопсия париетальной плевры выявляет хроническое воспаление и позволяет исключить другую этиологию плеврита (туберкулез, опухоль).