

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЛЕВРИТ

Туберкулезный плеврит встречается как самостоятельная клиническая форма, а также

при очаговом, диссеминированном, инфильтративном туберкулезе легких, туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов и других проявлениях туберкулезной инфекции.

Частота формы 3-6%.

Воспалительная реакция плевры вызывается микобактериями туберкулеза, проникающими в организм лимфогенным или гематогенным путем.

При этом большое значение имеет состояние гиперсенсibiliзации плевры.

Туберкулезный плеврит чаще возникает у лиц молодого возраста.

Чаще наблюдается:

- **костальный и междолевой плеврит.**

Реже развивается:

- **наддиафрагмальный,**
- **верхушечный,**
- **парамедиастинальный плеврит.**

- **Появление экссудата в плевральной полости может быть также обусловлено воспалительной реакцией в плевре, вызванной микобактериями, проникшими в плевру, с током лимфы из очагов или инфильтратов в легких, особенно при субплевральном их расположении.**
- **Микобактерии могут попасть в плевру гематогенным путем при наличии бактериемии.**

Патоморфологические изменения в плевре характеризуются:

- обсеменение с образованием множественных бугорков,**
- формирование более крупных очагов (одиночных или множественных),**
- развитие казеозного некроза в образовавшихся очагах.**

При всех указанных изменениях в плевре имеется выраженная экссудативная реакция, следствием которой является накопление экссудата в плевральной полости.

По внешнему виду различают следующие виды экссудата:

- фибринозный и серозно-фибринозный,**
- серозный,**
- серозно-геморрагический и геморрагический,**
- серозно-гнойный,**
- гнойный.**

Фибринозный и серозно-фибринозный экссудат содержит большое количество фибрина, вследствие чего количество свободной жидкости в плевральной полости небольшое, экссудат быстро организуется и отлагается на плевральных листках в виде плевральных наслоений (шварт).

Такой плеврит называют сухим, а при образовании обширных плевральных наслоений — пластическим (адгезивным) или панцирным.

- **Самым частым вариантом туберкулезного плеврита является - экссудативный с наличием серозного или серозно-геморрагического (с примесью крови) выпота.**
- **Серозно-гнойный и гнойный экссудат характерен для гнойного туберкулезного плеврита (эмпиемы).**
- **Геморрагический выпот редко наблюдается при туберкулезном плеврите, он больше характерен для плеврита раковой этиологии.**

По клеточному составу экссудат может быть:

- лимфоцитарным, когда в нем явно преобладают лимфоциты,**
- эозинофильным — при наличии в клеточном составе 10—20% и более эозинофилов,**
- нейтрофильным, если их число превышает 20% клеточного состава.**

- Лимфоцитарный по клеточному составу экссудат наблюдается при преимущественно экссудативном воспалении плевры без казеозных изменений, но нередко встречается и при обсеменении плевры или образовании отдельных очагов.
- Эозинофильный выпот отмечается у больных с резко выраженным гиперергическим типом воспаления плевры.
- Серозно-геморрагический и геморрагический экссудат при туберкулезном плеврите наблюдается при резко выраженном повышении проницаемости капилляров плевры и выхождении большого количества эритроцитов.
- Нейтрофильный экссудат характерен для казеозно-некротической реакции.

- При обширных казеозно-некротических изменениях экссудат становится серозно-гнойным и гнойным.
- Иногда при туберкулезном поражении плевры имеются холестериновые выпоты. Холестериновый экссудат — густой выпот желтого цвета с большим количеством холестерина в растворенном виде и в виде кристаллов. Он наблюдается у больных, у которых выпот в плевральной полости сохраняется в течение очень длительного времени.

Клиника.

Клиническая картина очень разнообразна.

Экссудативный плеврит характеризуется:

- острым или подострым началом после продромы.**
- температура тела достигает 38-39 С°,**
- боли в боку,**
- сухой кашель,**
- тахикардия,**
- постепенно развивается одышка.**

В начальном периоде при костальном плеврите может прослушиваться шум трения плевры, который затем исчезает по мере накопления экссудата. Появляется притупление перкуторного тона с верхней границей в виде параболической кривой (линия Эллиса-Дамуазо-Соколова).

Между позвоночником и восходящей линией тупости определяется пространство с более ясным перкуторным звуком (треугольник Гарланда), на противоположной стороне также у позвоночника отмечается участок притупления (треугольник Раухфуса-Грокко).

Дыхание при накоплении жидкости в плевральной полости становится ослабленным и при большом количестве экссудата может вовсе не выслушиваться.

В течение плеврита можно выделить 3 периода:

- 1) нарастание клинических проявлений болезни и накопления экссудата,**
- 2) стабилизация,**
- 3) резорбция выпота и исчезновение клинических проявлений.**

Длительность этих периодов зависит от клинического варианта плеврита и эффективности лечения.

Чаще развивается костальный или междолевой плеврит.

- При верхушечных плевритах в воспалительный и рубцовый процесс могут вовлекаться веточки шейно-симпатического сплетения и, в результате, может появиться триада Горнера (экзофтальм, сужение зрачка и глазной щели).
- При поражении плечевого сплетения могут возникнуть признаки плексита.
- При парамедиастинальной локализации плеврита и развитии слипчивого медиастинита возможно вовлечение в спаечный процесс веточек блуждающего нерва с последующим развитием сердцебиений, нарушений моторной и секреторной функции желудка и даже возникновением язвы желудка.
- При наддиафрагмальном плеврите иногда может появиться симптомокомплекс, симулирующий картину «острого живота».

- В диагностике туберкулезного плеврита большое значение имеет рентгенологическое исследование. Выявить наличие жидкости в плевральной полости можно при рентгенологическом или ультразвуковом исследовании.
- Решающее значение для постановки диагноза имеет плевральная пункция, позволяющая доказать наличие экссудата, исследовать его свойства и клеточный состав.
- Туберкулиновая реакция у больных туберкулезным плевритом положительная и резко положительная.

По патогенезу экссудативного плеврита, характеру воспалительных изменений в плевре и в связи с особенностями клинических проявлений можно выделить три основных клинических варианта туберкулезного плеврита:

- 1. аллергический,**
- 2. перифокальный**
- 3. туберкулез плевры.**

Аллергический плеврит возникает у больных с выраженной гиперергией, характеризуется:

- острым началом с повышением температуры тела до 38 С°,**
- abortивным течением.**
- быстрое накопление экссудата,**
- тахикардия и одышка,**
- боли в боку,**

Эти явления также сравнительно быстро уменьшаются, затем исчезают.

Аллергический плеврит может возникать у больных первичным туберкулезом при свежем заражении или хроническом течении первичной туберкулезной инфекции.

- повышенная чувствительность к туберкулину, кровь - эозинофилия, увеличение СОЭ.**
- Экссудат серозный, на ранних этапах иногда серозно-геморрагический, иногда может быть эозинофильным, но чаще всего лимфоцитарный.**
- Микобактерии в экссудате, как правило, не обнаруживаются.**

Перифокальный плеврит, как правило, является результатом вовлечения в воспалительный процесс плевральных листков при наличии легочного туберкулеза — очагового, инфильтративного или даже кавернозного.

- Особо важным фактором, способствующим поражению плевры, служит субплевральное расположение легочного туберкулезного процесса.**
- Характер экссудата у больных перифокальным плевритом фибринозный и серозно-фибринозный. В этом случае накопление большого количества экссудата в плевральной полости не происходит. Плеврит протекает как слипчивый, пластический процесс с образованием плевральных наслоений (шварт).**

Клинические проявления скудные, отмечаются боли в груди, может определяться укорочение перкуторного тона или более выраженное притупление, может выслушиваться шум трения плевры.

- При рентгенологическом исследовании выявляются плевральные наслоения в соответствующем отделе плевральной полости.**
- При плевральной пункции экссудат извлечь не удастся, иногда может быть аспирировано небольшое количество серозной жидкости.**

Течение такого плеврита торпидное и длительное, у некоторых больных процесс может носить рецидивирующий характер. Наряду с описанным течением перифокальный плеврит может протекать с накоплением экссудата и затяжным течением.

Туберкулез плевры характеризуется следующими морфологическими изменениями в плевре:

- 1) множественная диссеминация с образованием мелких очагов, иногда милиарного типа,**
- 2) одиночные крупные очаги с элементами казеозного некроза,**
- 3) обширная казеозно-некротическая реакция.**

Наряду с указанными изменениями в плевре выражена экссудативная реакция, обуславливающая накопление выпота.

Эксудат при туберкулезе плевры может быть серозным, лимфоцитарным при развитии плеврита вследствие обсеменения плевры и образования множественных мелких очагов.

- При казеозном некрозе отдельных крупных очагов эксудат также может быть серозным, но в клеточном составе преобладают нейтрофилы.**
- При более распространенном казеозном поражении плевры эксудат становится серозно-гнойным, а при обширных поражениях — гнойным.**
- В выпоте микобактерии туберкулеза иногда выявляются как методом микроскопии, так и при посеве эксудата.**

Гнойный туберкулезный плеврит (эмпиема) — туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением гнойного экссудата, представляет собой особую форму экссудативного плеврита.

Эта болезнь развивается при распространенном казеозном некрозе плевры вследствие распада и прогрессирования крупных очагов на плевре или очагов, располагающихся субплеврально, при вовлечении плевры в воспалительный процесс при субплевральном расположении каверны.

Клиническая картина тяжелой интоксикации:

- температура тела достигает 38-39 С° и более,**
- появляются ночные поты, снижается масса тела, развиваются бледность, слабость и тахикардия.**
- постепенно появляется одышка, могут быть сухой кашель, боли в боку.**
- в крови отмечаются СОЭ (до 40—60 мм/ч), лимфопения, нейтрофильный сдвиг влево, умеренный или даже высокий лейкоцитоз.**

Гнойный плеврит может протекать и без выраженной интоксикации, т.е. характеризоваться «холодным» течением. Внимание больного и окружающих обращает на себя лишь усиливающаяся одышка. Появляются цианоз и тахикардия.

Если своевременно не сделать эвакуацию гнойного экссудата, могут быть осложнения — образование бронхоплеврального или торакального свища.

При длительном сохранении гнойного экссудата в плевральной полости, если он не эвакуируется путем пункций или эвакуируется не полностью, что бывает при бронхоплевральном свище, специфический воспалительный процесс вызывает флегмонозную инфильтрацию клетчатки и межреберных мышц. В конечном счете образуется торакальный свищ (*empyema necessitatis*).

У больных с хронической эмпиемой, особенно осложненной бронхиальным или торакальным свищом, необходимо тщательно исследовать внутренние органы (почки, печень, селезенку, кишечник), поскольку при длительном гнойном процессе может развиться амилоидоз.

Диагностические критерии:

1. возраст заболевшего до 30 лет;
2. сухой кашель, чувство нехватки воздуха, лежит на больном боку или сидит (этим оберегает средостение от сдавления), лицо отдуловато, шейные вены набухшие, небольшой цианоз губ, кожная складка на больной стороне грудной клетки толще по сравнению со здоровой.
3. Торпидность течения;
4. синдром плеврального выпота - тупость звука при перкуссии, полное отсутствие дыхательных шумов на стороне тупости;
5. рентгенологически - косовидное затемнение, смещение средостения в противоположную от затемнения сторону;
6. УЗИ плевральной полости подтверждает наличие жидкости;
7. плевральная пункция - экссудат, клетки лимфоциты;
8. выделение МБТ из плеврального выпота;
9. гистологическое подтверждение туберкулеза по биоптату париетальной плевры;
10. выявление активного туберкулеза легких, другого органа;
11. контакт с больными туберкулезом;
12. положительная или гиперергическая проба Манту.

Лечение.

При любом клиническом варианте показано лечение противотуберкулезными препаратами, длительность химиотерапии должна быть не менее 9 мес., а при сочетании плеврита с другими проявлениям туберкулеза она может быть и больше.

При аллергическом и перифокальном плевритах показано также лечение кортикостероидами.

При накоплении большого количества жидкости рекомендуется эвакуация, при дальнейшем накоплении аспирацию выпота следует повторять.