

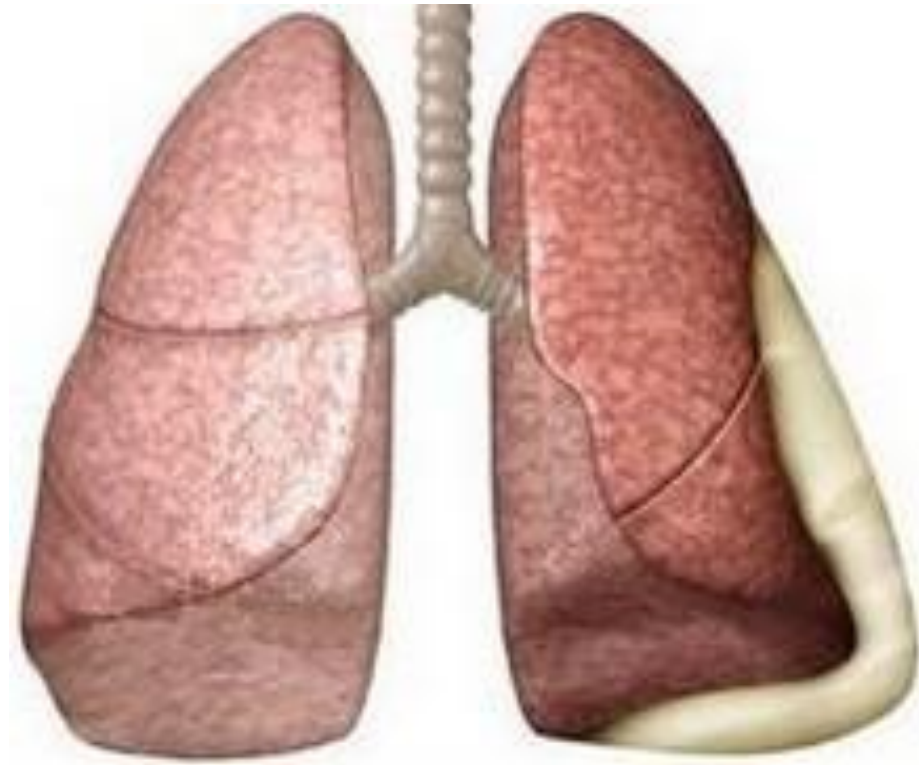
Туберкулёзный плеврит

Выполнила: Дружинина ЕС

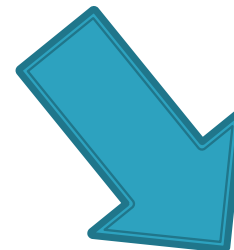


Туберкулезный плеврит

- ▣ инфекционно-воспалительное поражение листков плевры вызванное МБТ.

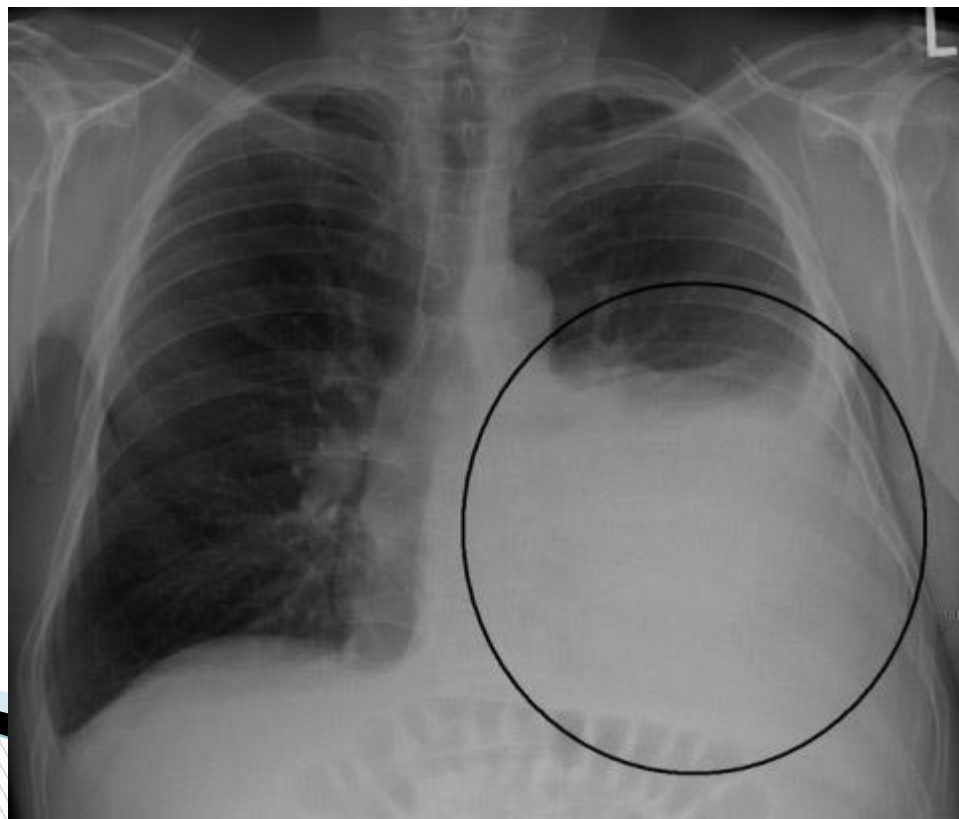


Туберкулезный плеврит



Специфический

Параспецифический

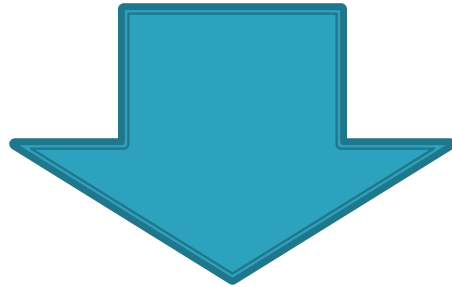


Специфический плеврит

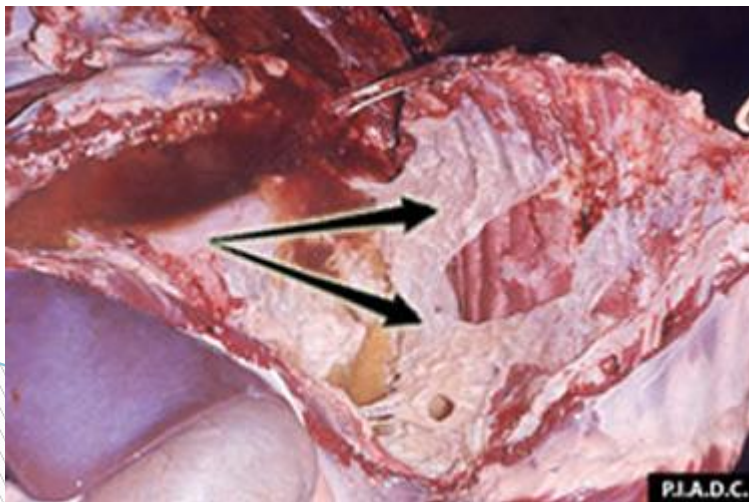
- ▣ диссеминация с образованием множественных туберкулезных бугорков на париетальной и висцеральной плевре;
- ▣ формирование более крупных очагов, развитие казеозного некроза в образовавшихся очагах;
- ▣ развитие спаечного
- ▣ процесса и облитерация
- ▣ плевры при «естественном вы



Туберкулезный плеврит

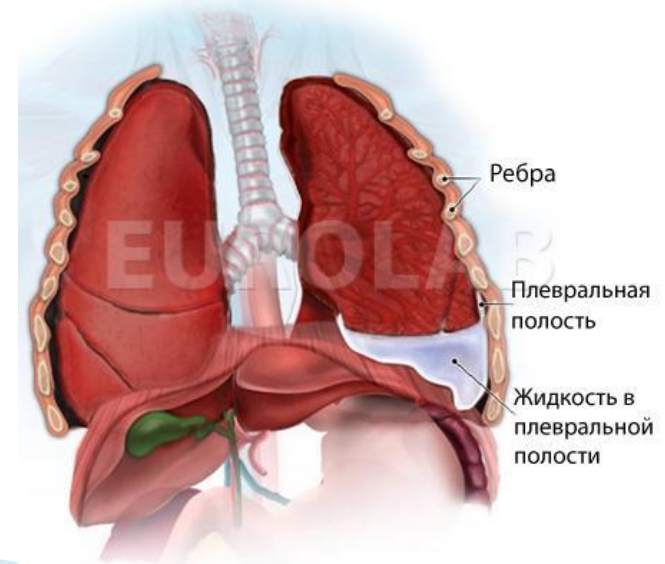


фибринозный



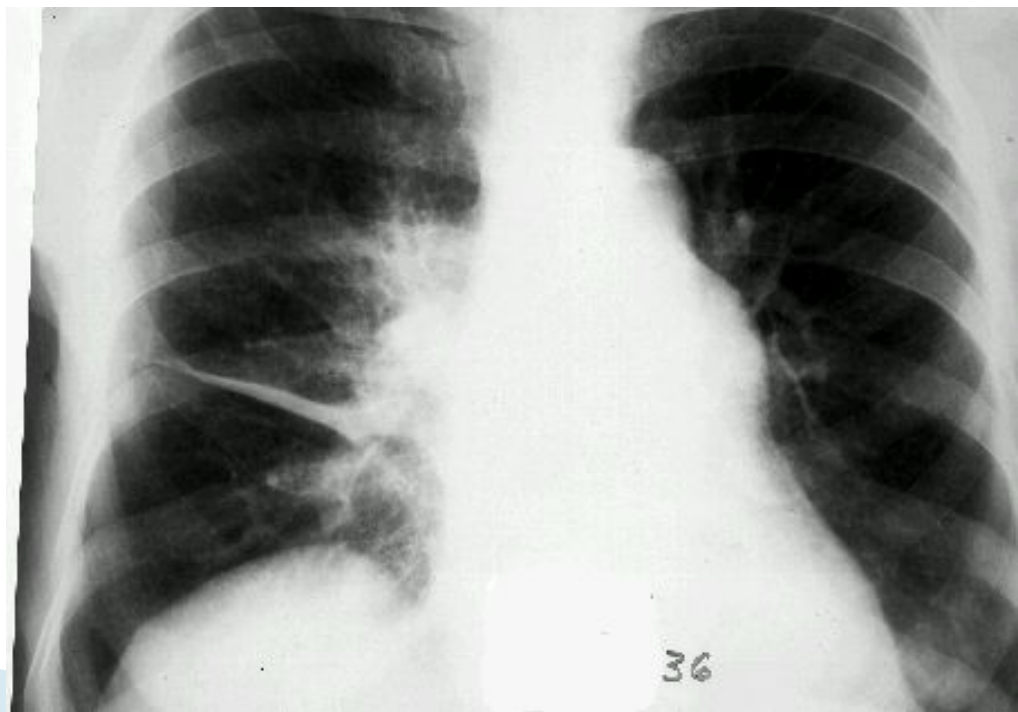
Экссудативный

Экссудативный плеврит



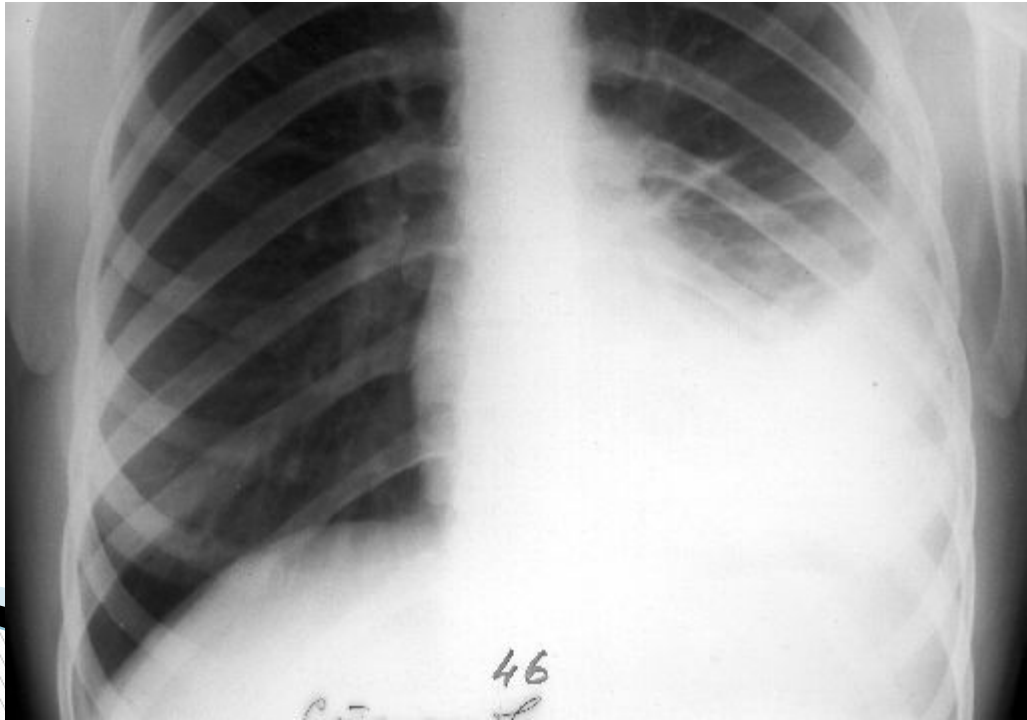
Фибринозный плеврит

- ▣ Туберкулезное воспаление -> расстройства циркуляции плевральной жидкости -> организация фибрина -> сращения между париетальным и висцеральным листками
- ▣ Боль, связанная с дыханием, движением
- ▣ Шум трения плевры
- ▣ Сухой кашель



Экссудативный плеврит

- Боли в грудной клетке
- Повышение температуры
- Одышка
- Ослабление дыхания на стороне поражения

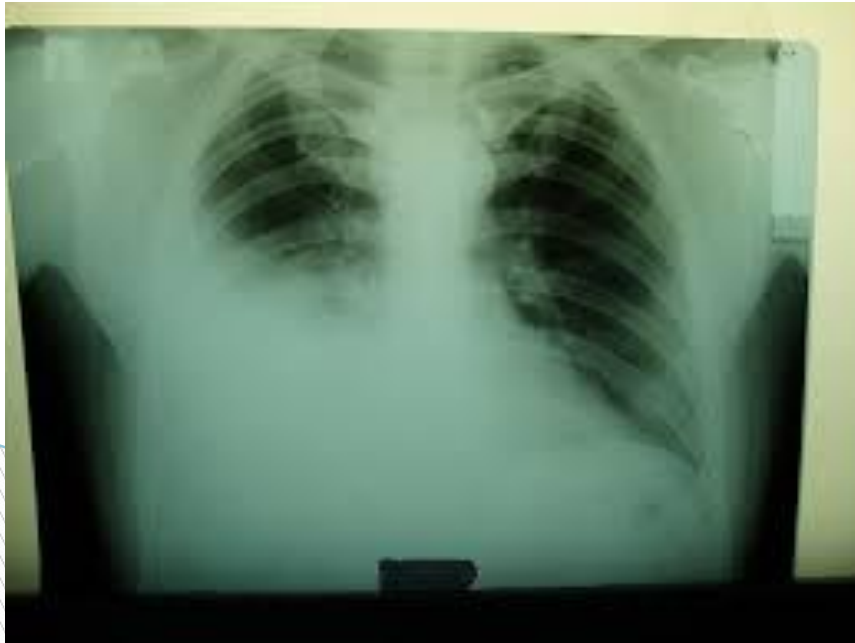
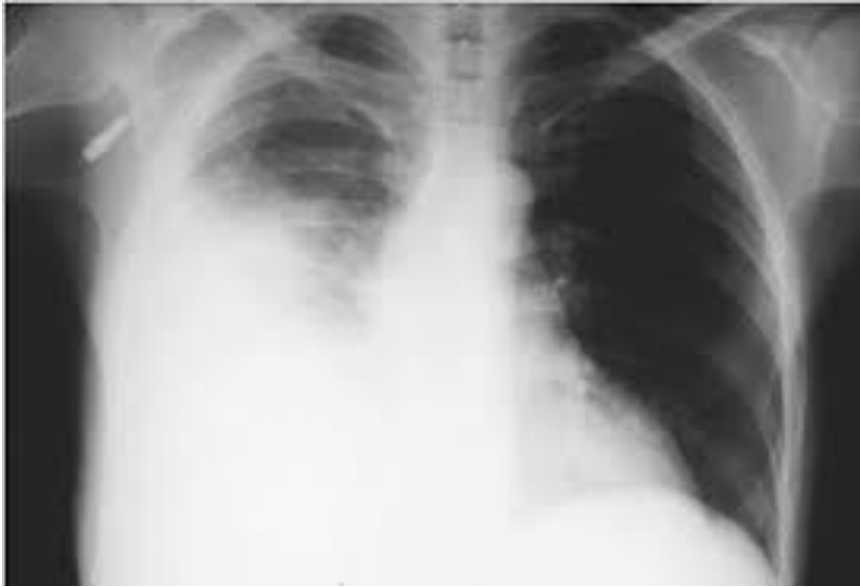


Диагностика

- Рентгенография органов грудной клетки
 - УЗИ плевральной полости;
 - УЗИ органов брюшной полости по показаниям;
 - КТ органов грудной клетки и/или брюшной полости по показаниям.
-
- Лабораторный диагностический минимум:
 - 1) клинический анализ крови, мочи, обследования на ВИЧ-инфекцию;
 - 2) исследования мокроты на КУМ 3-кратно;
 - 3) при наличии изменений в легких – общий анализ мокроты, посев мокроты на флору, исследование мокроты на ОК.

Рентгенологические признаки

- гомогенное затемнение с косой верхней границей,
- гомогенное затемнение, прилежащее широким основанием к грудной клетке, диафрагме или средостению,
- утолщение плевры,
- нечеткость купола диафрагмы,
- сглаживание реберно-диафрагмального синуса,
- линзообразное гомогенное затемнение в проекции междолевой щели,
- наличие диастаза между листками плевры или утолщение плевральных листков.

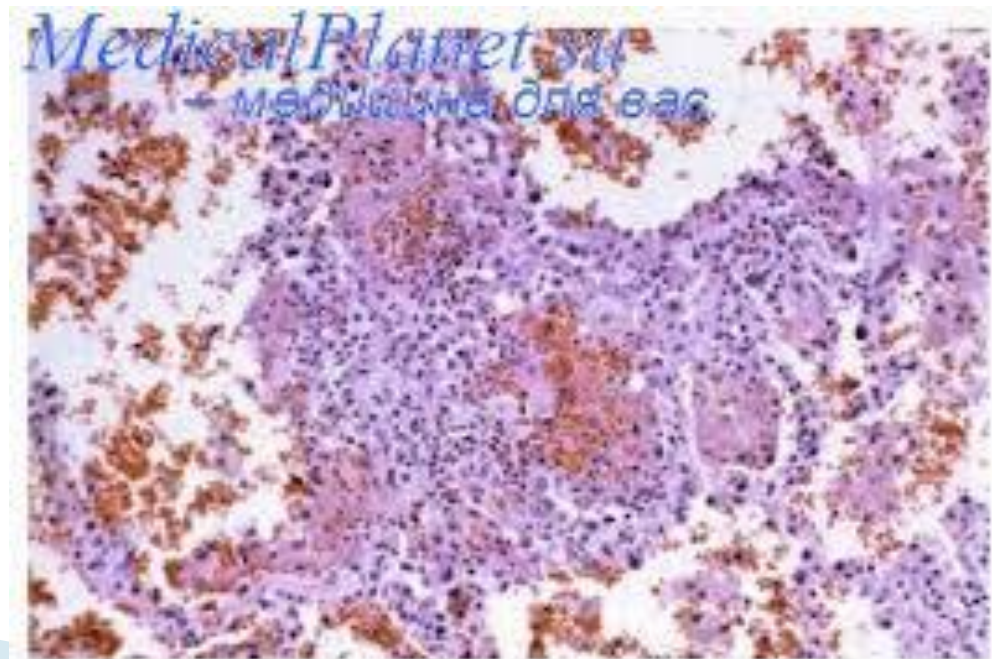


Плевральная пункция

- исследование физических свойств (количество, цвет, характер, прозрачность, цитоз и его формула, относительная плотность, проба Ривальта);
- цитологическое исследование окрашенных препаратов с обязательной цитограммой и исследованием на ОК;
- биохимическое исследование (определение белка, уровня глюкозы, рН, амилазы, ЛДГ);
- микробиологическое исследование (микроскопия с окраской на КУМ);
- бактериологическое исследование на неспецифическую микрофлору.



- Серозный выпот при туберкулезе обычно прозрачный, желтоватого цвета, с удельным весом от 1015 до 1025 и содержанием белка 3-6%. В острой фазе экссудации в выпоте преобладают лимфоциты (50-60%), имеется небольшое количество эозинофилов, эритроцитов и клеток мезотелия.



Прямые (абсолютные) признаки ТБ плеврита:

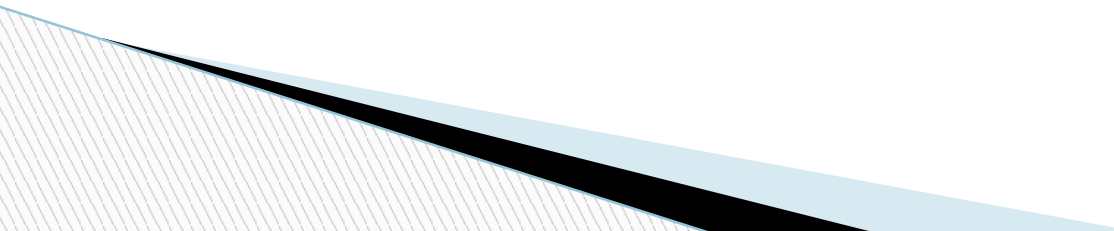
- обнаружение МБТ в экссудате;
- обнаружение казеозного некроза, специфической гранулемы или возбудителя в биоптате плевры;
- достоверные признаки активного ТБ внутригрудных лимфоузлов, легких, бронхов.

Косвенные признаки ТБ плеврита:

- указание на контакт с больным ТБ;
- гиперергическая реакция на пробу Манту или пробу с диаскинтестом;
- постепенное начало заболевания или наличие продромального периода до острых клинических проявлений;
- массивный серозный, преимущественно лимфоцитарный (у больных ВИЧ-инфекцией – лимфоцитарный или лимфоцитарно-нейтрофильный) выпот;
- отсутствие патологических изменений в легочной ткани;
- отсутствие эффекта от терапии антибиотиками широкого спектра действия;
- склонность к формированию плевральных сращений, осумкованию жидкости.

Генез плеврита	Критерии
Парапневмонический	Наличие инфильтрата в легком, документированного данными рентгенологического исследования; его рассасывание или значительное уменьшение после 10-12 дней адекватной антимикробной терапии с прекращением экссудации в плевральную полость
Злокачественный	Цитологическое или гистологическое подтверждение: обнаружение ОК (в экссудате и/или мокроте) или опухолевой ткани по данным ПБП, верификация первичного рака или отдаленных метастазов
Кардиогенный (лево-желудочковый)	Клинические и функциональные признаки хронической сердечной недостаточности у пациента с патологией сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма, кардиомиопатии) с наличием преимущественно двустороннего выпота; эффективность адекватной терапии хронической сердечной недостаточности
Плеврит при остром панкреатите	Клинико-лабораторные и ультразвуковые признаки панкреатита. Плеврит появляется на высоте болевого абдоминального синдрома (или несколько дней спустя). Выпот чаще левосторонний, нейтрофильный, склонен к быстрому нагноению. Высокий уровень амилазы в плевральном экссудате
Синдром Дресслера	Эозинофильный экссудативный плеврит ± перикардит у больных в острый или подострый периоды инфаркта миокарда
Плеврит при ТЭЛА	Клиника ТЭЛА (боль в груди, одышка, кровохарканье) у пациентов с факторами риска (тромбофлебит, флеботромбоз вен нижних конечностей и малого таза, длительная иммобилизация, послеоперационный период, злокачественные новообразования, прием оральных контрацептивов), подтверждение ТЭЛА при СКТ-ангиографии

Лечение

1. Адекватная ПТТ с учетом ЛУ
 2. СГКС применяются при массивной экссудации с быстрым накоплением выпота
 3. Нестероидные противовоспалительные препараты
 4. Физиотерапия
 5. Хирургическое лечение
- 

БУДЬ ЗДОРОВ!



И РАДУЙСЯ ЖИЗНИ !!!