

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЛЕВРИТ



Проф.
кафедры
фтизиатрии

Д.М.Н.
И.Ф. Копылова

Туберкулезный плеврит

- – это острое, подострое, хроническое или рецидивирующее туберкулезное воспаление плевры

Виды:

- Фибринозный
 - Экссудативный
-

Структура гидротораксов по ЭТИОЛОГИИ



Частота туберкулезной этиологии в зависимости от возраста

- до 40 лет - 65-70%
- старше 40 лет - ~ 40 %



Патогенез туберкулезного плеврита

1) осложнения туберкулеза легких

2) самостоятельная форма ТБ

-аллергический плеврит

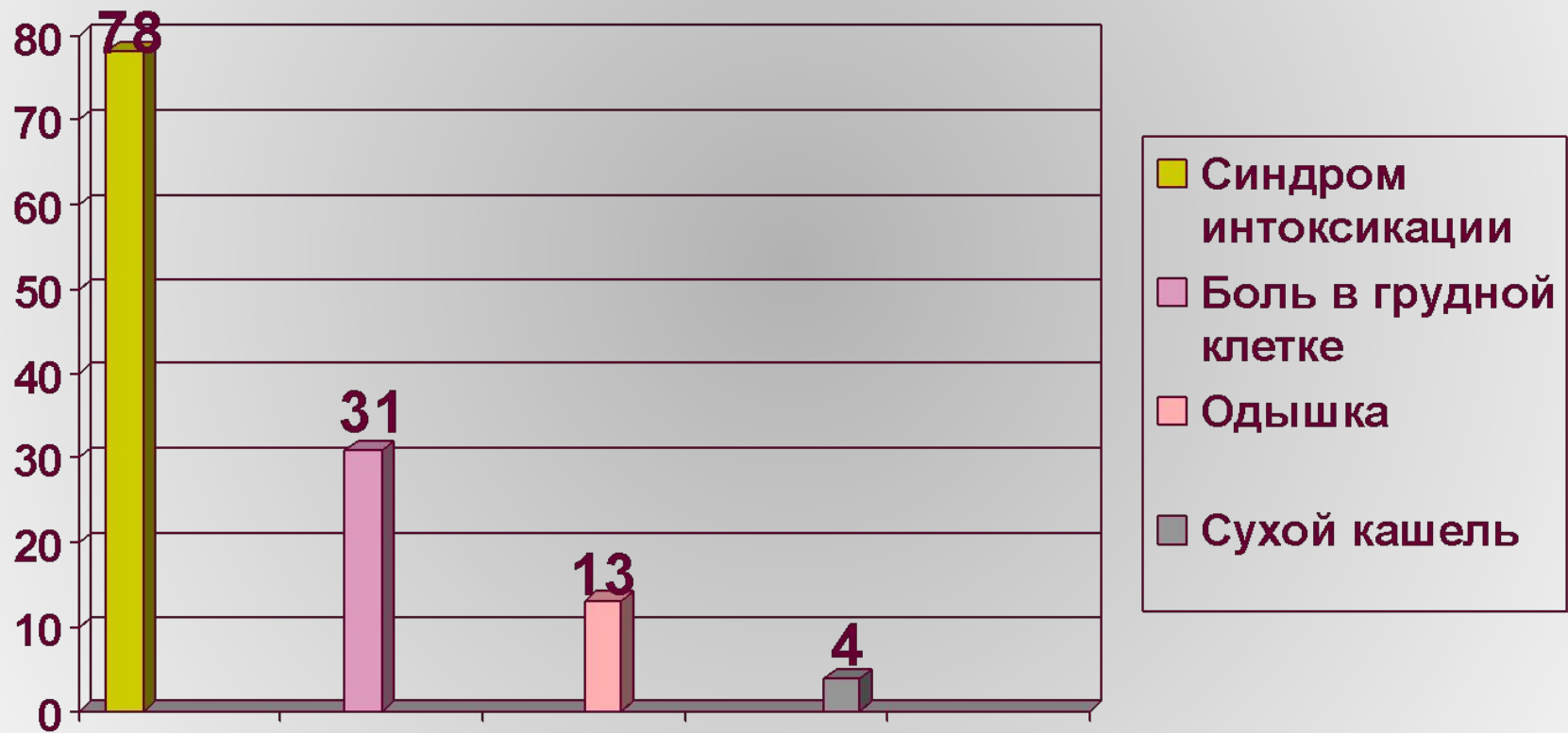
-перифокальный

-туберкулез плевры

Начало и течение заболевания



Частота клинических проявлений



Другие симптомы

- повышение температуры до фебрильных или высоких цифр
- общая слабость
- ночные поты
- снижение массы тела

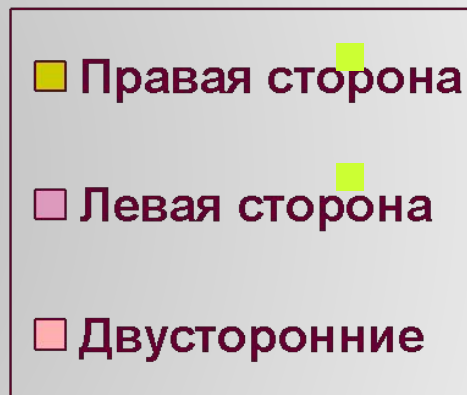
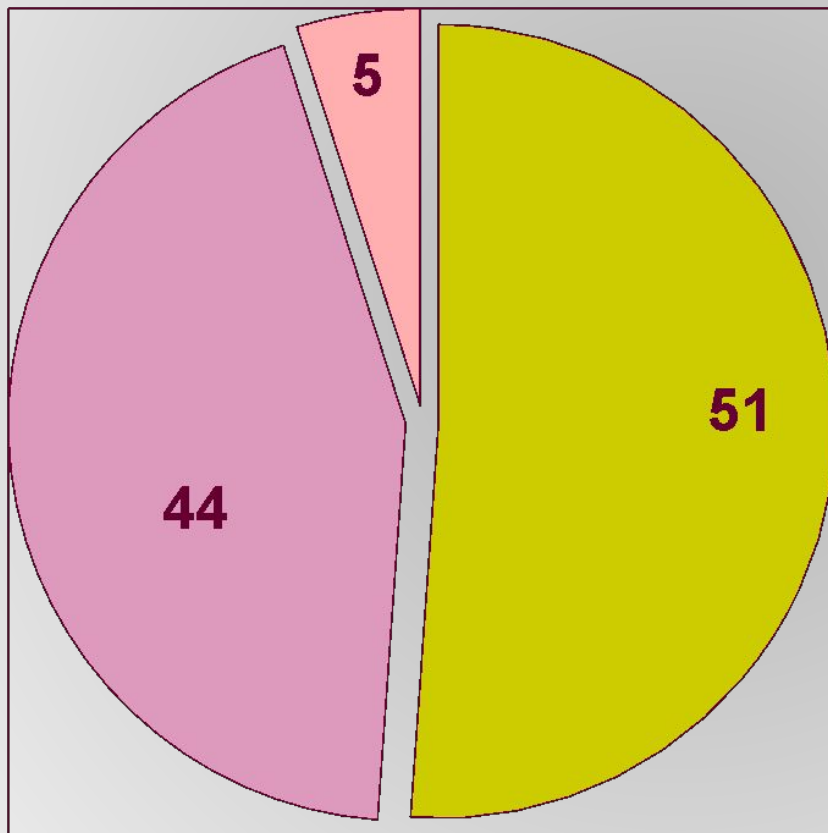
ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ ПЛЕВРОБРОНХИАЛЬНЫМ СВИЩОМ – кашель с гнойной мокротой, иногда в значительном количестве

ПЛЕВРОТОРАКАЛЬНЫЙ СВИЩ –

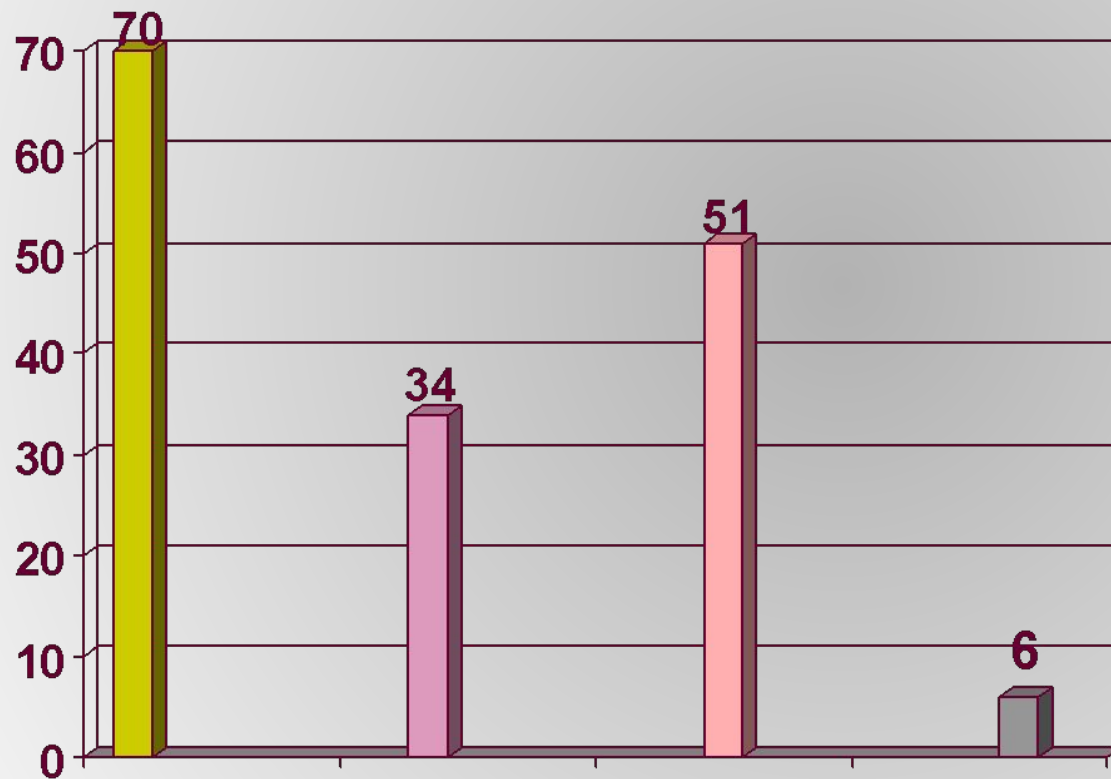
флегмона мышц грудной стенки, подкожной клетчатки

Рентгенологическое исследование

Стороны поражения



Особенности рентгенокартины:



- признаки плевральных сращений
- отсутствие изменений в легочной ткани
- осумкование жидкости
- массивный выпот (более 1)
- незначительное количество выпота

УЗИ и КТ



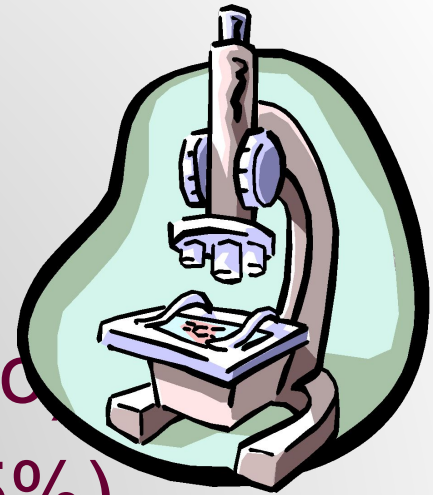
- УЗИ наиболее информативный метод определения наличия жидкости в плевральной полости.
 - КТ – дает возможность наиболее точно выявить изменение в легочной ткани, ВГЛУ
-

Пункция плевральной полости

- показана при любом гидротораксе в диагностических целях.
- Проводится чаще по лопаточной или средней подмышечной линии.
- Место пункции оптимально определить по данным УЗИ



Характер экссудата



- - серозный (преимущественно)
- - серозно-геморрагический (5%)
- - фибринозный
- - серозно-гнойный
- - гнойно-геморрагический
- - гнойный
- - холестериновый

Дифференциальная диагностика экссудата и транссудата

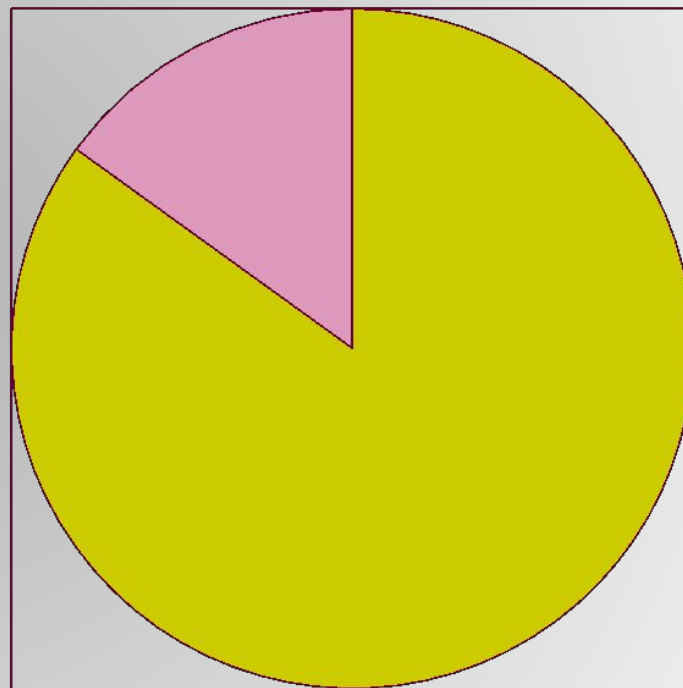
Признаки	Транссудат	Экссудат
Уд. вес	До 1015	Более 1015
Белок	До 30 г\л	Более 30 г\л
Кол-во клеток в поле зрения	До 15	Более 15
Глюкоза	1,24	Менее 0,4
Фибриноген	следы	440-630 мг\л

Особенности состава экссудата при ТБ:

- *Клеточный состав* - преобладание лимфоцитов (90%)
- *Эозинофилы* - до 10%, клетки мезотелия
- *Белок* - выше 30 г/л
- *Удельный вес*- выше 1015
- *МБТ* – 5% - 15%
 - *Глюкоза* – характерно низкое содержание, при эмпиемах – отсутствие

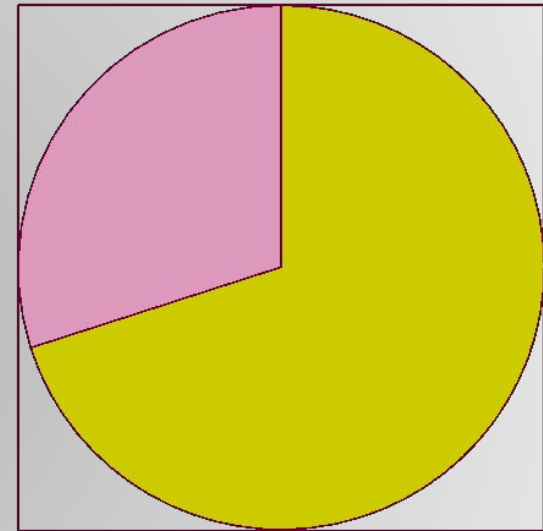
Реакция на туберкулиновую пробу Манту

- Часто резко положительная или выраженная нормергическая (85%)
- В 15% - отрицательная за счет пассивной анергии



Пункционная биопсия плевры

- Частота обнаружения специфических туберкулезных изменений- 70-80%



Результативность биопсии максимально при свободном плеврите и снижается по мере организации экссудата и его осумкования.

Наиболее информативна
видеоторакоскопии с биопсией плевры

Прямые признаки туберкулезной этиологии плеврита

- МБТ в экссудате
 - активный туберкулез в легких, бронхах
 - признаки специфического воспаления при гистологическом исследовании плевры
-

Косвенные признаки туберкулезной этиологии плеврита

- молодой возраст
 - наличие заболеваний – синергистов
 - социальная дезадаптация больного
 - наличие продромального периода перед острой клиникой или постепенное начало, бессимптомное течение
 - Отсутствие кашля или сухой кашель
-

Продолжение:

- указание на контакт с больными ТБ
- выраженная чувствительность к туберкулину
- серозный лимфоцитарный экссудат
- склонность к формированию плевр сращений, осумкованию
- отсутствие эффекта при неспецифическом противовоспалительном лечении
- длительное течение

Особенности гнойного туберкулезного плеврита (эмпиемы)

- Развивается при распространенном казеозном некрозе плевры
 - Может быть результатом прогрессирования серозного плеврита
-

Клинические проявления:

Выражены в большинстве случаев:

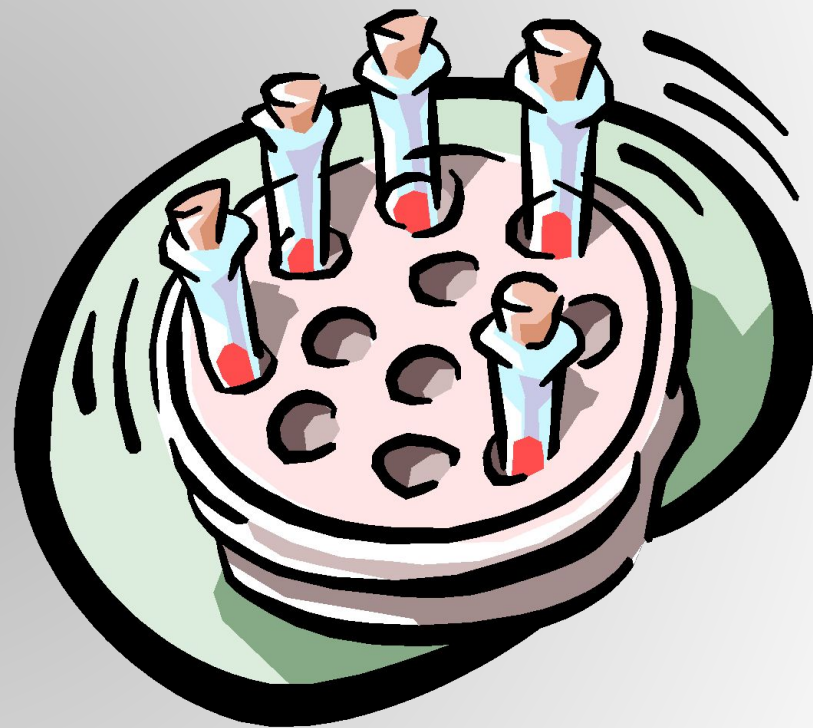
- Высокая температура
 - Ночная потливость
 - Снижение массы тела
 - Слабость
 - Постепенное развивающаяся одышка
 - Сухой кашель
 - Может быть тахикардия
-

Продолжение:

- Начало постепенное, иногда острое.
 - Возможно «холодное» течение эмпием – без синдрома интоксикации, с нарастающей одышкой, тахикардией
-

Данные лабораторного исследования экссудата:

- Экссудат мутный
- В клеточном составе нейтрофилы преобладают (более 85%)
- Возможно наличие неспецифической флоры (смешанная эмпиема)
- МБТ + в 60-70% случаев



Анализ крови:

- Резкое повышение СОЭ
- Лимфопения
- Лейкоцитоз
- Сдвиг влево
- Возможная анемия



Признаки плевробронхиального свища:

- Плевральный экссудат при кашле выделяется через рот, иногда с примесью крови

Рентгенологически:

- Легкое полностью или частично коллабировано, горизонтальный уровень жидкости
-

Лечение экссудативного плеврита:

- Специфическая химиотерапия не менее 6 мес.
 - Повторная аспирация экссудата
 - Дренаж плевральной полости при эмпиемы
 - По показаниям – оперативное лечение
-

Исходы при лечении:

- Рассасывание экссудата
 - Формирование небольших плевральных наслоений, сращений
-

Исходы без лечения:

- Возможно самопроизвольное рассасывание экссудата, нередко с массивными плевральными наслоениями, формированием «панцирного легкого», фиброторакса
- Самопроизвольно излеченный плеврит часто сопровождается развитием легочного туберкулеза через сроки от нескольких месяцев до 1 –2 лет
- Гнойный плеврит без лечения приобретает хроническое течение. В таких случаях возможно развитие свищей, амилоидоза, анемии, полиорганной недостаточности вплоть до летального исхода

Заключение:

- Гидроторакс может развиваться при многих заболеваниях. Наиболее частая этиология – туберкулезная особенно в молодом возрасте.
 - В диагностике гидроторакса важно качественное исследование плевральной жидкости (дифференциальная диагностика экссудата и транссудата).
 - Существуют прямые и косвенные признаки туберкулезной этиологии плеврита.
 - Наиболее точный диагноз ставится по результатам биопсии плевры.
-

Благодарю за внимание!

