

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЛЕВРИТ (О ТРУДНОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА)

Проф. А. В. Стаднікова, доц. Л. В. Лебідь

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены клинические, рентгенологические и лабораторные особенности туберкулезного плеврита, которые помогают проводить дифференциальную диагностику с плевритами другой этиологии. Доказано, что верификация туберкулезной этиологии плеврального выпота бактериологическим или гистологическим методами возможна у части больных. Алгоритм дифференциальной диагностики у других больных основан на исключении заболеваний, при которых плевральный выпот может быть одним из симптомов.

Ключевые слова: туберкулезный плеврит, дифференциальная диагностика с плевритами другой этиологии.

ТУБЕРКУЛЕЗНИЙ ПЛЕВРИТ (ПРО ТРУДНОЩІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ ПРАКТИЧНОГО ЛІКАРЯ)

Проф. А. В. Стаднікова, доц. Л. В. Лебідь

Подано клінічні, рентгенологічні та лабораторні особливості туберкульозного плевриту, які допомагають проводити диференційну діагностику із плевритами іншої етіології. Доведено, що верифікація туберкульозної етіології плеврального випоту бактеріологічним або гістологічним методами можлива у частини хворих. Алгоритм диференційної діагностики в інших хворих заснований на виключенні захворювань, за яких плевральний випіт може бути одним з симптомів.

Ключові слова: туберкульозний плеврит, диференційна діагностика із плевритами іншої етіології.

TUBERCULAR PLEURISY (ABOUT DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS FOR THE PRACTICAL DOCTOR)

A. V. Stadnikova, L. V. Lebid

Clinical, radiological and laboratory features of a tubercular pleuritis which help to carry out differential diagnostics with pleurites another aetiology are presented. It is proved, that verification of a tubercular aetiology of a pleural liquid bacteriological or histological methods is possible at a part of patients. The algorithm of differential diagnostics at other patients is based on an exception of diseases at which presence of a pleural liquid can be one of symptoms.

Keywords: tubercular pleurisy, differential diagnostics with a pleurisy of other aetiology.

Своевременная диагностика и дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита остаются одной из наиболее актуальных проблем в практике терапевтического стационара как общего профиля, так и специализированных клиник. В данной статье представлен результат многолетних наблюдений с учетом современных диагностических возможностей.

Плевритом называется вызванное инфекцией воспаление плевры, сопровождающееся выпотеванием в плевральную полость патологического выпота. Феномен наличия в плевральной полости жидкости невоспалительного происхождения обозначается как плевральный выпот. К числу невоспалительных патологических поражений плевры, основываясь на ведущих факторах их развития, относят следующие патогенетические группы: нарушение крово- и лимфообращения; снижение

коллоидно-осмотического давления плазмы крови; опухоль; нарушение целостности плевральных листков.

Туберкулезный плеврит как клиническая форма в последние 15–20 лет в условиях эпидемии туберкулеза участился вдвое. Среди внелегочных форм туберкулеза, на долю которого в структуре заболеваемости туберкулезом приходится 8%, плеврит занимает первое место (40%).

Туберкулезным плевритом болеют в основном лица молодого возраста — до 40 лет, несколько преобладают мужчины [1].

По характеру выпота туберкулезный плеврит может быть фибринозным (сухим) и экссудативным (выпотным).

Фибринозный плеврит может проявиться по-разному. Начало может быть постепенным, подострым, иногда острым. Симптомы плеврита могут быть от незначительных до выраженных.

Грудные симптомы могут возникать одновременно с интоксикационными, интоксикационные симптомы могут предшествовать грудным и наоборот. Интоксикационный синдром: повышение температуры, от субфебрильной до фебрильной (температура может быть нормальной), недомогание, слабость, потливость, снижение аппетита. Грудные симптомы: основным симптом при костальном плеврите — боль («колотье») в груди при дыхательных движениях, усиливающееся при глубоком вдохе и в положении на больном боку. Наиболее выраженная боль ощущается в нижней части грудной клетки, где совершаются наиболее интенсивные экскурсии легкого при дыхании [5]. Из-за болей дыхание может быть поверхностным, учащенным. Наличие болей зависит от поражения париетальной плевры; при поражении висцеральной плевры болей может не быть. Плевральная боль в части случаев принимается за межреберную невралгию, миозит, радикулит, остеохондроз, стенокардию и даже инфаркт миокарда; при диафрагмальном плеврите боль, иррадируя в верхнюю половину живота, может имитировать поражение органов брюшной полости (холецистит и др.), при поражении апикальной плевры — плексит; при межлобовом плеврите ощущается тупая боль в межлопаточном пространстве. При костальном плеврите наклон в здоровую сторону усиливает боль, фиксация грудной клетки боль уменьшает. У части больных отмечается сухой кашель.

Общее состояние может быть нарушенным в разной степени, часто остается удовлетворительным. Пораженная половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, подвижность края легкого ограничена. Выслушивается шум трения плевры — ведущий симптом фибринозного плеврита, который возникает при трении друг о друга утолщенных и ставших неровными вследствие отложения фибрина листков плевры. Шум может быть разной силы и оттенков — от нежного до грубого скребущего, напоминающего хруст снега. В отличие от хрипов и крепитации шум трения плевры слышен на обеих фазах дыхания, усиливается при плотном прижатии фонендоскопа к грудной стенке. Мелкопузырчатые хрипы и крепитация выслушиваются на высоте вдоха.

На обзорной рентгенограмме при свежем плеврите изменения либо отсутствуют, либо определяется высокое стояние купола диафрагмы, малоинтенсивное помутнение части легочного поля; при рентгеноскопии можно обнаружить ограничение подвижности диафрагмы с соответствующей стороны. При компьютерной томографии может быть обнаружено утолщение париетальной плевры [3].

В мокроте (промывных водах бронхов) МБТ, как правило, не обнаруживаются; обнаруживаемое

в редких случаях скудное бактериовыделение обусловлено туберкулезным поражением бронхов. В клиническом анализе крови может быть умеренный сдвиг влево, ускорение СОЭ до 30–40 мм. В анализе мочи изменений нет. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ у большинства больных умеренно положительная, в части случаев может быть гиперергической или отрицательной.

Диагноз фибринозного плеврита может быть уверенно установлен при наличии его патогномичных признаков: боли (колотья) в грудной клетке, связанной с дыханием — усиливающейся при глубоком вдохе, кашле и шуме трения плевры.

Дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита основана на том, что только при этой этиологии плеврит является единственным проявлением болезни [7]. Диагноз туберкулезного плеврита — диагноз исключения.

Плеврит любой другой этиологии представляет собой один из симптомов соответствующей болезни [6]; фибринозный плеврит чаще всего является проявлением пневмонии, инфаркт-пневмонии, реже других болезней. Проводя дифференциальную диагностику фибринозного плеврита, следует искать признаки этих болезней и при их отсутствии склоняться в пользу его туберкулезной этиологии. Необходимо тщательное рентгенологическое обследование для обнаружения изменений в легких, которые могут обусловить реакцию плевры. Целесообразна компьютерная томография, при которой могут быть обнаружены различные патологические процессы, недоступные рентгенографии. Иногда могут быть обнаружены и туберкулезные изменения в легких, что позволяет уверенно установить туберкулезную этиологию плеврита [2]. В пользу туберкулезной этиологии плеврита может свидетельствовать затяжное, рецидивирующее течение заболевания, наличие контакта с бактериовыделителем, выраженная проба Манту.

Экссудативный (выпотной) плеврит может начинаться остро, подостро, постепенно. Довольно часто (55%) начало — острое, в части случаев внезапное: с ознобом или без него повышается температура до 38–39 °С, появляется боль в груди, усиливающаяся при дыхании, недомогание, слабость, потливость, снижается или пропадает аппетит. В течение последующих 1–2 сут, по мере накопления экссудата боль в груди сменяется чувством тяжести и в разной степени одышкой. Иногда боль в груди (при поражении висцеральной плевры) и одышка могут отсутствовать. У одних больных на первый план выступает болевой синдром, у других — одышка. У одной трети больных может быть сухой рефлекторный кашель. У части больных (1/3) острому началу в срок от 3 нед. до 4 мес. и более могут предшествовать продромы: недомогание, утомляемость, вялость, изменчивый

аппетит, иногда его отсутствие, исхудание, субфебрильная температура, непостоянная боль в груди, изредка сухой кашель. При рентгенологическом исследовании грудной клетки в этот период патологические изменения не обнаруживаются [3].

Изредка (3 %) заболевание — выпот в плевральной полости — обнаруживается при профилактическом флюорографическом или рентгенологическом обследовании без клинически выраженных симптомов.

Общее состояние больных нарушено в разной степени. Температура может колебаться от нормальной (10 %) до 39 °С (12 %). Больные могут оставаться на ногах, часть из них относительно хорошо переносит высокую температуру, могут сидеть или лежать (на спине или на больном боку).

Характер и степень выраженности объективных изменений различны. Может быть бледность, иногда небольшой цианоз. Соответствующая половина грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно свободный костаный выпот начинает обнаруживаться, когда количество его достигает 250–400 мл. Укорочение перкуторного звука, переходящее внизу в тупость, обнаруживается в подлопаточной и аксиллярной областях, в проекции глубоких заднего и наружного синусов, в которых накапливается наибольшее количество выпота. Над выпотом ослаблено дыхание, вплоть до его отсутствия, ослабленное головное дрожание. Иногда над верхней границей экссудата выслушивается шум трения плевры. Распознать междолевой, диафрагмальный и парамедиостенальный выпот с помощью физикальных методов исследования невозможно.

Рентгенологическое исследование (флюорограмма, рентгеноскопия, обзорная и боковая рентгенограммы) позволяют достоверно обнаружить плевральный выпот. Рентгенологическая картина зависит от локализации и количества выпота. Верхний уровень жидкости чаще всего не выше III ребра, но изредка (10 %) может доходить до II ребра. Выпот обычно односторонний, одинаково часто правосторонний или левосторонний. Если больной в течение более или менее длительного срока пребывал с нераспознанным выпотом, может произойти его осумкование [4]. Высокоинформативными методами обнаружения выпота являются УЗИ и компьютерная томография, с помощью которых можно обнаружить уже 10 мл выпота, а также установить жидкостную природу затемнения.

В мокроте (промывных водах бронхов) МБТ обнаруживаются редко — в 6 % (при активных туберкулезных изменениях легких). В клиническом анализе крови может быть небольшой лейкоцитоз ($9-10 \cdot 10^9/л$), изредка сдвиг влево в виде увеличения количества палочкоядерных; ускорение

СОЭ до 40–70 мм. У 1/4 больных в клиническом анализе мочи обнаруживается небольшая протеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия. Реакция на пробу Манту 2ТЕ в начале заболевания у 14–26 % больных отрицательная (отрицательная анергия), по мере выздоровления, обычно через 8 нед., восстанавливается.

Диагностическая плевральная пункция позволяет подтвердить наличие выпота и получить материал для исследования, имеющего большое диагностическое значение, в ряде случаев решающее. При туберкулезном плеврите обнаруживается экссудат, чаще всего серозный, иногда серозно-фибринозный, изредка серозно-геморрагический, геморрагический (4,5 %).

Данные клинического анализа плеврального выпота: плотность 1,015–1,022 кг/л, белок 30–60 г/л, реакция Ривальта чаще положительная, обнаруживаются лимфоциты, могут быть нейтрофилы, эритроциты, эозинофилы, единичные клетки мезотелия; МБТ обнаруживаются редко — в 3–6 %. При посеве на МБТ рост обнаруживается также редко — в 6 %. Посев выпота не является методом ранней диагностики туберкулеза, т. к. рост МБТ может быть получен не ранее 14 дней при посеве на жидкую среду Мидльбрука (ВАСТЕК) и не ранее 1 мес. при посеве на плотную среду Ливенштейна-Иенсена. При посеве на неспецифическую флору роста нет, что косвенно может свидетельствовать в пользу туберкулеза.

Транссудативный плевральный выпот (плотность ниже 1,012 кг/л, белок ниже 20 г/л) характерен в виде:

- двустороннего гидроторакса для больных с хронической недостаточностью кровообращения по левожелудочковому типу с застойной сердечной недостаточностью, проявляющееся отеком синдромом (застойное увеличение печени, асцит, отеки ног);
- двустороннего гидроторакса для больных с нефротическим синдромом (изменения в моче, отеки);
- правостороннего, изредка двустороннего гидроторакса в сочетании с асцитом для больных с циррозом печени;
- одностороннего гидроторакса для больных ТЭЛА без инфаркта легкого.

При обнаружении транссудативного плеврального выпота — гидроторакса круг диагностического поиска сужается за счет указанных заболеваний.

Установлению доказанного диагноза может способствовать биопсия: слепая игловая, под контролем торакоскопии и при торакотомии — хирургическая.

Гистологическое исследование биоптатов плевры позволяет верифицировать диагноз у 60–93 % больных туберкулезным плевритом.

ВИВОДИ

Верифікація туберкульозної етіології плеврального выпота бактеріологічним або гистологічним методами можлива у частини хворих. Алгоритм диференціальної діагностики у решти хворих оснований на тому, що плеврит як самостійна форма тільки при туберкульозі (виключення — дуже рідка мезотеліома плеври) є єдиним проявом хвороби. При інших хворобах плевральний выпот — один

із їх симптомів і, як правило, не перший. Диференціально-діагностична задача: виявити ці хвороби за даними обстеження, отримати про них інформацію з анамнезу, при консультації відповідних спеціалістів. Наявність власних плевритів туберкульозної етіології клініко-лабораторних даних і виключення хвороб, проявом яких може бути плевральний выпот, дозволяє схилитися до діагнозу туберкульозного плеврита.

СПИСОК ІСПОЛЬЗОВАНИХ ІСТОЧНИКІВ

1. Диференційна діагностика та інші проблеми туберкульозу в клінічних ситуаціях / За ред. В. І. Петренка, М. М. Савули. — Тернопіль: ТДМУ, 2009. — 244 с.
2. Дужий І. Д. Заболевания плевры: диагностические, хирургические и терапевтические аспекты / И. Д. Дужий — К.: Здоров'я. — 1997. — 432 с.
3. Компьютерная томография легких в диагностике туберкулеза органов дыхания: учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений IV уровня аккредитации, интернов, врачей лечебного профиля / П. И. Потейко, В. С. Крутько, О. С. Шевченко [и др.]. — Х.: Віровець А. П. «Апостроф», 2011. — 162 с.
4. Наказ МОЗ України № 1091 від 21.12.2012 «Уніфікований клінічний Протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Туберкульоз».
5. Пульмонологія та фтизіатрія: національний підручник у 2-х т. / За ред. Ю. І. Фещенка, В. Мельника, І. Г. Ільницького. — Київ-Львів: Атлас, 2011. — С. 370–378.
6. Респираторна медицина / Под ред. А. Г. Чучалина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — Т. 2. — С. 411–464.
7. Фтизіатрія: підручник для студентів медичних вузів / За ред. В. П. Мельника. — Київ: Софія-А, 2008. — С. 117–120.

ВЕЛЬМИШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Пропонуємо Вам передплатити журнал на 2015 рік
«ПРОБЛЕМИ БЕЗПЕРЕРВНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ТА НАУКИ»
 Вартість одного номера — 46 грн

ф. СП-1

| | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--------------------------|---|--|---|---|---|---|----|----|----|
|  | | А Б О Н Е М Е Н Т | | | | | | | | | |
| На заказ журнал | | 89215 (індекс видання) | | | | | | | | | |
| Проблеми безперервної медичної освіти та науки | | | | | | | | | | | |
| (найменування видання) | | Кількість комплектів | | | | | | | | | |
| на 20 15 рік по місяцях | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| р і ч н а | | | | | | | | | | | |
| Куди: (поштовий індекс) | | | | (адреса) | | | | | | | |
| Кому: (прізвище, ініціали) | | | | | | | | | | | |
| ДОСТАВНА КАРТКА-ДОРУЧЕННЯ | | | | | | | | | | | |
| На заказ журнал | | 89215 (індекс видання) | | | | | | | | | |
| Проблеми безперервної медичної освіти та науки | | | | | | | | | | | |
| (найменування видання) | | Кількість комплектів | | | | | | | | | |
| на 20 15 рік по місяцях | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| р і ч н а | | | | | | | | | | | |
| Вартість передплати _____ грн. _____ коп. | | | | Кількість передплати _____ комплектів | | | | | | | |
| Вартість переадресування _____ грн. _____ коп. | | | | | | | | | | | |
| на 20 15 рік по місяцях | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| р і ч н а | | | | | | | | | | | |
| поштовий індекс | | | | місто _____ село _____ | | | | | | | |
| код вулиці | | | | область _____ район _____ вулиця _____ | | | | | | | |
| буд. | корп. | кв. | | Прізвище, ініціали _____ | | | | | | | |