

- **Туберкулезный плеврит**

- Туберкулезный плеврит – специфическая реакция листков плевры, обусловленная воздействием микобактерий туберкулеза. Туберкулезный плеврит может развиваться как самостоятельная форма туберкулезной инфекции либо сопровождать течение других клинических вариантов туберкулеза легких. Распространен преимущественно среди лиц молодого возраста (до 40 лет). Если при клинико рентгенологическом обследовании картина туберкулеза обнаруживается отчетливо, то плеврит расценивается как осложнение. В тех же случаях когда изменения не выявляются плеврит рассматривается как самостоятельная форма туберкулеза.

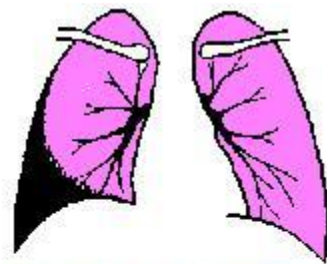
В зависимости от картины протекания заболевания и особенностей патогенеза выделяют три вида туберкулёзных плевритов:

1. Аллергический;
2. Туберкулёз плевры;
3. Перифокальный.

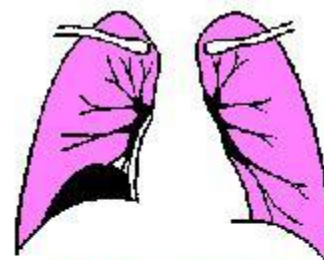
По характеру плеврального состава:

1. Фибринозный или сухой;
2. Экссудативный;
3. Гнойный.

По расположению экссудата



косто-диафрагмальный



диафрагмальный



костальный



междолевой



парамедиа-
стинальный



верхушечный

- Аллергический плеврит проявляется на фоне гиперергической чувствительности плевральных листков на туберкулезную инфекцию. Основной особенностью этого вида является характер протекания заболевания, обуславливающийся остротой болевых ощущений и быстрым накоплением экссудата. Также особенностью аллергического вида плеврита является относительно быстрая обратная динамика, которой свойственно рассасывание образовавшегося экссудата.
Аллергический туберкулезный плеврит



- Перифокальный вид возникает в случае распространения воспаления на плевру из субплеврально расположенного туберкулезного очага. Объем экссудации обычно невелик.
- Распространение возбудителя из пораженных лимфатических узлов чаще происходит лимфогенным путем. Гиперсенсibilизация этой области приводит к тому что как и специфические так и неспецифические раздражители вызывают воспаление плевры и накопление экссудата. Поражение плевры может происходить и гематогенным путем. В этих случаях развиваются различной протяженности бугорковые изменения плевры.

- Фибринозный (сухой) плеврит
- Плевра мутная, утолщенная, на отдельных участках гиперемирована. Поверхность плевры покрывается наложениями фибрина. По мере развития патологического процесса происходят организация и образование сращения между висцеральным и париетальным листками. Ограниченный сухой плеврит может развиваться постепенно и протекать некоторое время без выраженных клинических симптомов. Особенно если плеврит располагается в верхних отделах грудной клетки, где легкое при дыхании совершает небольшие экскурсии.
- Начало фибринозного плеврита может быть острым, с повышением температуры, жалобами на боли при дыхании, сухой кашель и небольшую одышку и жалобами интоксикационного характера

- При обследовании больного:
 1. Боли, усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле, резких движениях чаще локализуются в нижнебоковых отделах и могут иррадиировать как вверх в шею так и вниз в брюшную полость, при сухом плеврите пациент старается лежать на больной стороне, боли усиливаются при наклоне в здоровую сторону, а межреберном невралгии наоборот
 2. Пораженная сторона грудной клетки отстает при дыхании
 3. Пальпация: болезненность и на стороне плеврита и рефлекторное напряжение отдельных групп мышц
 4. Аускультация: ослабленное дыхание над участком воспаления, и шум трения плевры различный по характеру и интенсивности: от нежного до распространенного, грубого напонирующий скрип снега или новой кожи, который при надавливании стетоскопом увеличивается, при этом увеличивается и болезненность

Ранними признаками воспаления **медиастенальной плевры** могут быть неврологические симптомы, у больных появляются боли в области желудка, тошнота, рвота, за грудиные боли, сердцебиение (диафрагмальный нерв). Раздражение диафрагмального нерва может вызвать подъем купола диафрагмы. У больного при этом возникает кратковременная боль в области нижних ребер.

Наиболее выраженная боль бывает при **костальном плеврите**., если воспаление распространяется на плевру нижней части грудной клетки, совершающий более интенсивные экскурсии. При **костальном плеврите** боли могут быть не только в боку но и в животе. Это объясняется тем что нижние межреберные нервы иннервируют кожу латеральной и передней части брюшной стенки.

При воспалении **диафрагмальной плевры** могут быть боли в животе.

При воспалении **верхушечной плевры** могут отмечаться симптомы раздражения ветвей плечевого сплетения, ствола симпатического нерва. У больных могут возникать анизокория, **плексит**

- Рентгенологически:
- Нежное диффузное помутнение соответствующего участка легкого
ограничение подвижности диафрагмы и деформация ее контуров.
- В крови изменения обычно не отмечаются, умеренное повышение СОЭ
- Туберкулиновые пробы положительные или гиперергические.
- Если специфические изменения в легких не определяются то решающее значение приобретают анамнез, характерный шум трения плевры туберкулиновая чувствительность.

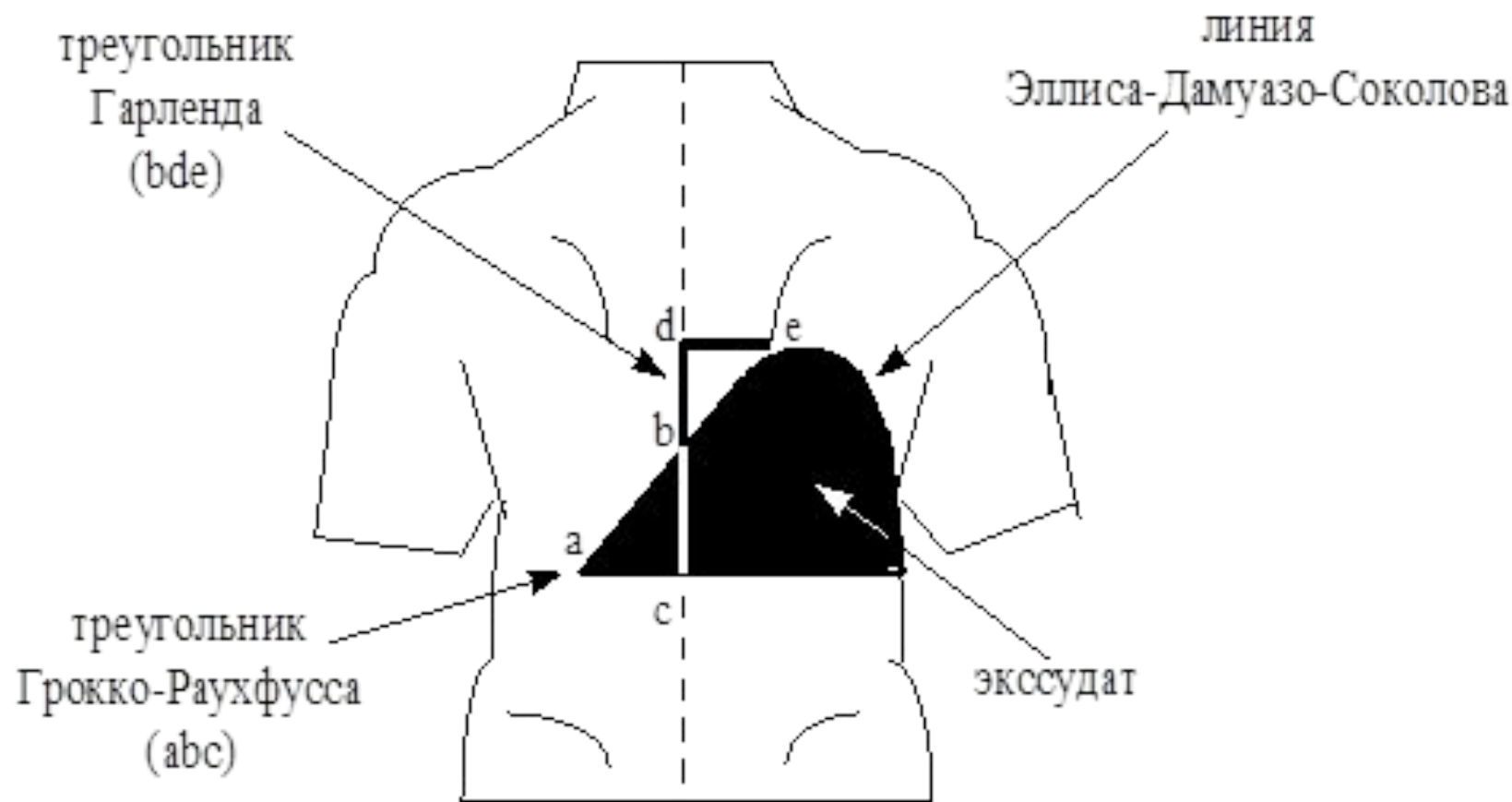
Экссудативный плеврит

- Классификация
- По расположению: верхушечный, костальный, междолевой, медиастенальный, диафрагмальный
- Выпот может быть свободным и осумкованным, серозным и гнойным

- Серозный экссудативный плеврит
- Клиника
- Продромальный период: повышенная утомляемость, слабость, потливость, плохой аппетит. Этот период продолжается от нескольких дней до 2-3 недель. Температура может быть нормальной или субфебрильной.
- Клиническое проявление плеврита: повышение температуры тела 38-39 и держится во время всего периода экссудации (2-3 недели), озноб, головная боль, сухой кашель, боль в боку, а с накоплением экссудата ощущение тяжести в боку, одышка.
- Одышка и поверхностное дыхание объясняется значительным поджатием легкого, затруднением нормального кровообращения, и нарушением газообмена в легких

- С накоплением большого количества экссудата сердце смещается в противоположную сторону. Длительное препятствие для тока крови и давление экссудата на сердце приводит к затруднению его деятельности и пульс учащается. Больные предпочитают лежать на больной стороне.
- При осмотре больного: резкое отставание пораженной грудной клетки при дыхании, расширение и сглаженность межреберий и даже выбухание больной стороны.
- При пальпации: болезненность и напряжение отдельных мышц плечевого пояса, резкое снижение или полное исчезновение голосового дрожания. Смещение сердечного толчка в противоположную сторону.

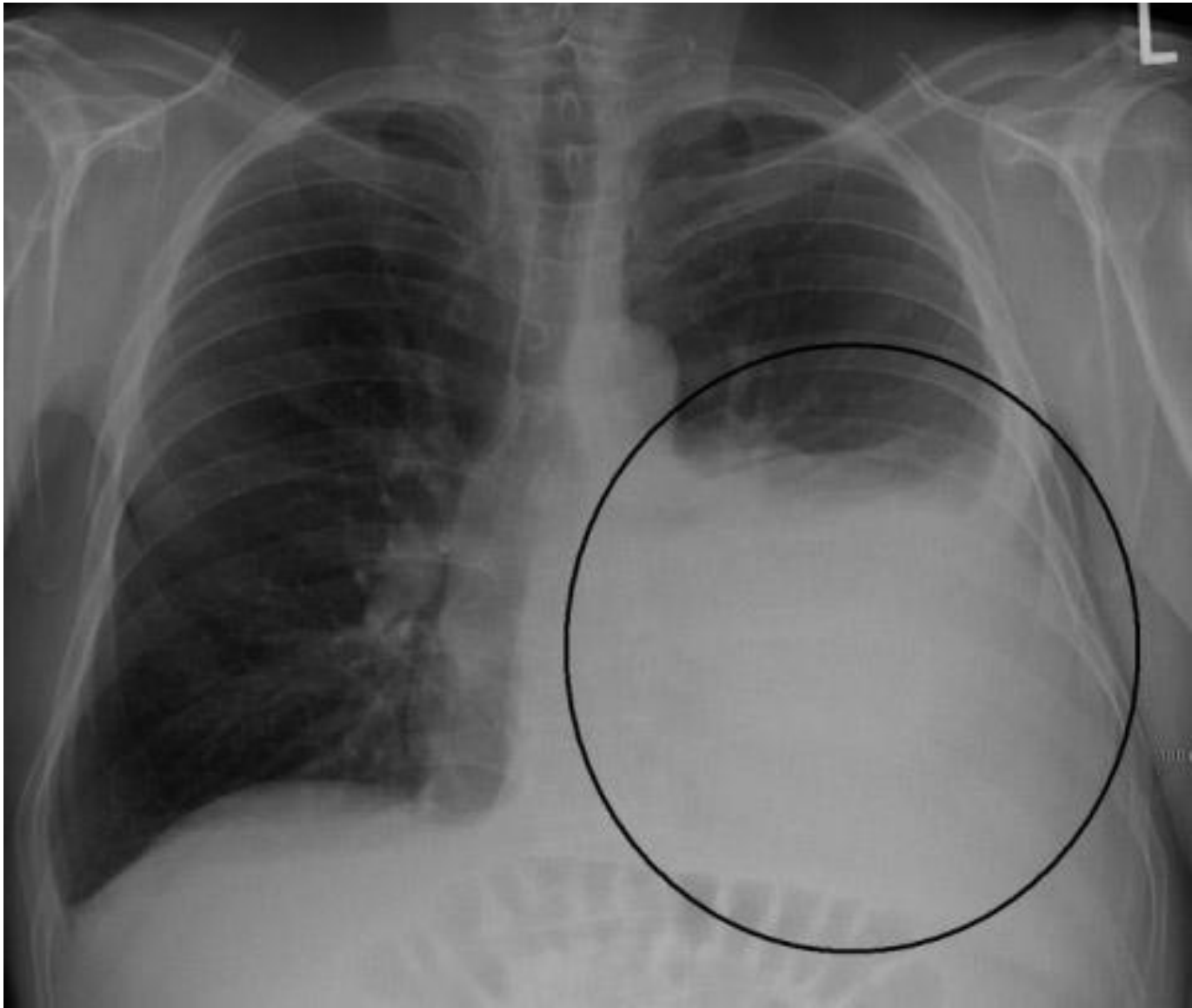
- При перкуссии: притупление перкуторного звука по лопаточной и подмышечной линиям (наибольшая масса экссудата накапливается в задних и боковых отделах). Притупление распространяется к перед когда сзади оно доходит до середины лопатки, то происходит тогда , когда количество экссудата достигает 2-4 л. Верхняя граница экссудата выглядит в виде кривой (линия Элисса-Дамуазо). Между позвоночником и восходящей границы тупости определяется треугольник с наиболее ясным перкуторным звуком и тимпаническим оттенком,(треугольник Гарланда), а на здоровой стороне паравертебральны треугольник с притупленным звуком (треугольник Грокко-Раухфусса)

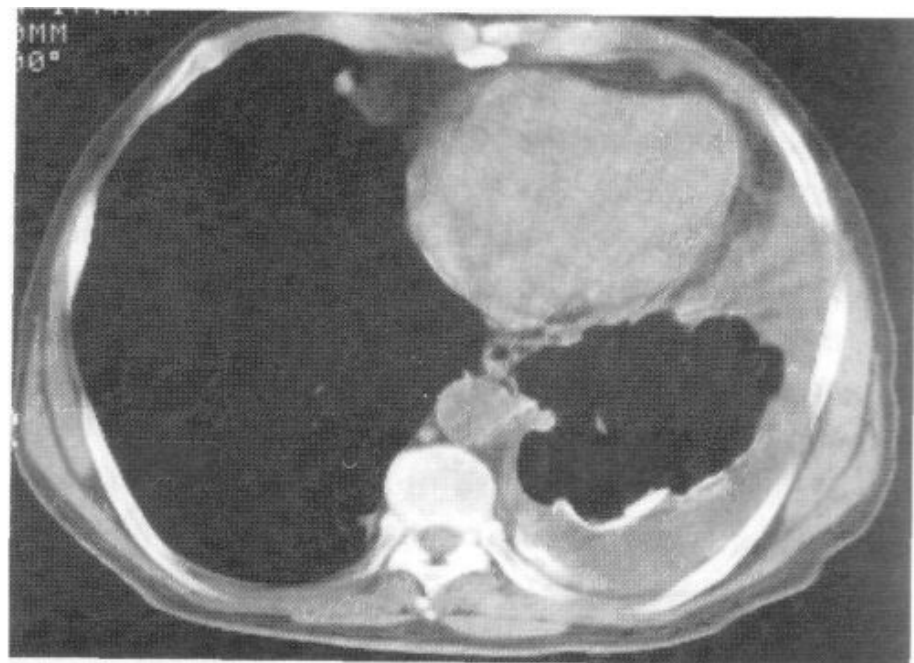
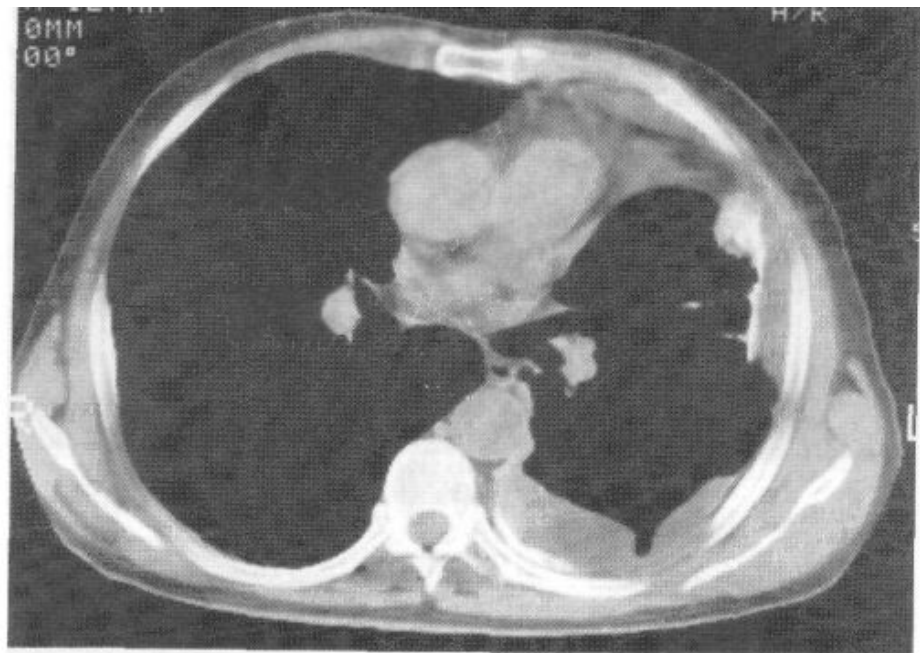


- Аускультативно: в первые дни шум трения плевры и ослабленное дыхание, при наличии большого выпота дыхание в нижние отделы не проводится, несколько выше оно ослаблено и имеет бронхиальный оттенок. По верхней границе экссудата может определяться шум трения плевры. с рассасыванием экссудата вновь нарастает шум трения плевры.

- Рентгенологическое исследование целесообразно начинать с ренгеноскопии. Рентгеноскопия позволяет ориентировочно отличать наличие свободной жидкости в полости плевры от плевральных наложений по смещению верхней границы тени вниз на вдохе (симптом Прозорова). При экссудативном плеврите на рентгене выявляется типичная картина затемнения нижних отделов легочного поля с косой верхней границей идущей снаружи сверху, вниз и внутрь. Степень интенсивности затемнения нарастает сверху вниз. При междолевых плевритах расположение выпота может определяться на боковой рентгенограмме. Количество выпота образующего отчетливую тень при ренгеноскопии должно быть 200-250 мл.

- Для определения характера экссудата необходимо производить плевральную пункцию. Экссудат при туберкулезном плеврите макроскопически имеет вид прозрачной серозной жидкости желтоватого цвета, относительная плотность 1015, белок 30 -60г\л, экссудат лимфоцитарный 90%. При бактериоскопическом исследовании экссудата МБТ в большинстве случаев не находят. Обнаружение больших колтчастей МБТ указывает на обширность туберкулезного процесса в плевре.

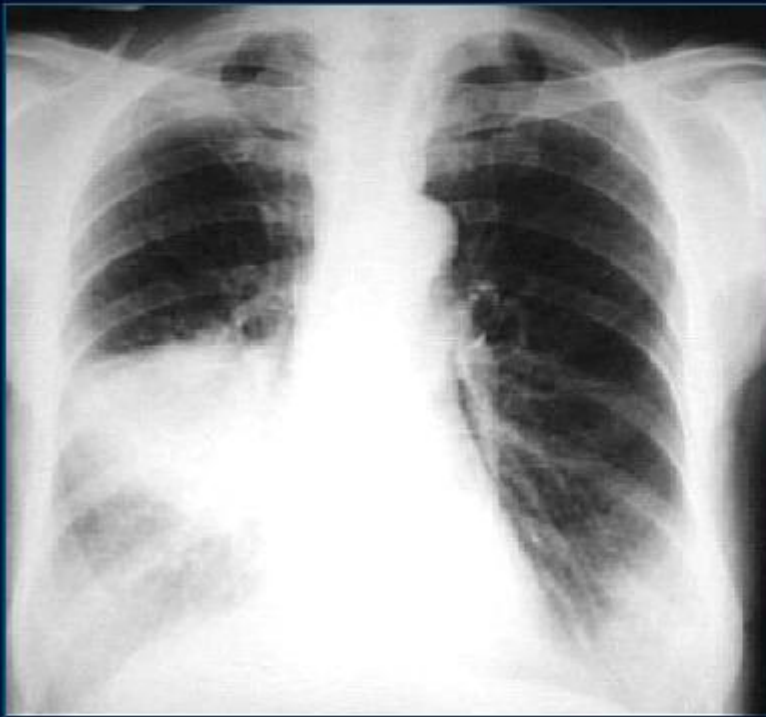




6

Осумкованный туберкулезный плеврит на фоне обызвествления листков плевры в левой половине грудной клетки.

Междолевой плеврит



- В периферической крови: значительное увеличение СОЭ, умеренный лейкоцитоз, абсолютная лимфоцитопения,
- Проба Манту гиперергическая

Гнойный плеврит

- У больных туберкулезом гнойный плеврит развивается в результате поступления в плевральную ткань высоковирулентных микобактерии туберкулеза лимфогематогенным путем или вследствие непосредственного перехода туберкулезного процесса из подплеврально расположенного очага.
- При туберкулезных эмпиемах плевры резко утолщается на отдельных участках или на значительном протяжении покрывается сгустками фибрина и гноя. Утолщение плевры обуславливается массивным развитием фиброзной ткани.

- Начинаются остро, с внезапным и резким повышением температуры(гектического характера), ознобом, одышкой, болями в боку, общая слабость и головная боль. Уже в первые дни состояние больного тяжелое. При прорыве в полость плевры каверны или казеозного очага появляется резкая одышка вследствие развития спонтанного пневмоторакса. В крови повышенная СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения, в моче белок и цилиндры.