

Дифференциальный диагноз при плевральном выпоте

Подготовил: Юлдашов А.А.

Группа: ТО-609

Приняла: Искандирова Э.Д.

Плеврит - воспаление листков плевры, проявляющееся двумя основными клиническими вариантами:

• образованием на поверхности листков фибринозных отложений (фибринозный, «сухой» плеврит);

• накоплением экссудата в плевральной полости (экссудативный плеврит)

Плевриты, как правило, вторичны – это реакция плевры на основное заболевание

До уточнения характера жидкости в плевральной полости (транссудат, экссудат) правильно использовать термин плевральный выпот (ПВ)

Избыточное скопление жидкости в плевральной полости является следствием 3-х основных нарушений:

- взаимодействия гидростатического и онкотического давлений (транссудат);**
- проницаемости мезотелиального слоя плевры и эндотелия капилляров (экссудат);**
- нарушение дренажной функции лимфатической системы**

Экссудативные плевриты:

- **воспалительные (инфекционные):** чаще неспецифическая бактериальная инфекция (парапневмонические, при АЛ) и ТВС;
- **опухолевые:** чаще метастазы в плевру, бронхогенный рак, лимфома и лейкемия, реже -- злокачественная мезотелиома.
- **патологии сосудов легких (неинфекционный):** ТЭЛА с инфарктом легкого.
- **патология брюшной полости:** гнойно-воспалительные процессы в органах, прилегающих или отдаленных (панкреатогенные или при поддиафрагмальном абсцессе).
- **ДБСТ (чаще -- РА, СКВ и реже – ССД);**
- **аллергические:** постинфарктный синдром Дресслера (пневмонит, плеврит и перикардит) и лекарственная аллергия;
- **неинфекционные гранулематозные болезни (саркоидоз);**
- **прочие болезни и состояния --** асбестоз, синдром Мейгса (ПВ и асцит на фоне рака яичников), уремия, ателектаз, разрыв пищевода, рентгеновское облучение грудной клетки, болезни перикарда.

- **Транссудативные ПВ:**
- **снижено P онкотическое (из-за диспротеинемии, гипоальбуминемии): нефротический синдром, цирроз печени;**
- **повышено P гидростатическое: ХСН различного генеза, констриктивный перикардит, обструкция верхней полой вены (вследствие опухоли средостения).**
- Ряд заболеваний могут иметь как транссудат, так и экссудат (туберкулез, панкреатит, рак...)

Клиническая картина плеврита зависит от:

- **основного заболевания, характера воспаления плевры** (количества жидкости в плевральной полости)
- **изменения функции соседних органов.**

Ведущие симптомы плеврита:

- **боль в грудной клетке** или в области нижних ребер (при диафрагмальном плеврите); - обычно внезапная, резкая, усиливающаяся при глубоком дыхании и наклоне в здоровую сторону, уменьшающаяся лежа на больном боку. По мере увеличения объема выпота боль ослабевает и может исчезнуть.
- **одышка;** - за счет снижения объема легкого и боли (ограничение дыхательных движений). Зависит от объема выпота и скорости наполнения – от одышки при физической нагрузке до выраженной ДН в покое.

Клиническая картина

- **сухой кашель; повышение температуры тела (выраженность зависит от причины).**
- **Осмотр:** отстаивание пораженной части в акте дыхания, выбухание межреберных промежутков
- **Пальпация и перкуссия:** ослабление голосового дрожания, притупление перкуторного звука (абсолютная тупость) над областью выпота
- **Аускультация:** резкое ослабление везикулярного дыхания над зоной выпота, шум трения плевры при фибринозном плеврите

Визуальная диагностика плевритов:

- **Рентгенография легких – наиболее простой и точный способ подтверждения плеврального выпота. Выполняется в 2-х проекциях. Исследование в положении лежа на больном и здоровом боку позволяет выявить небольшой ПВ (~ 100 мл).**
- **Компьютерная томография – важна для оценки состояния легочной паренхимы у больных с ПВ (абсцесс легкого, пневмония, рак, мезотелиома, осумкования плевры).**

- **УЗИ плевры** – скопление жидкости не дает эхо-сигнала, в отличие от легкого и грудной стенки. Верифицирует небольшие, локальные или осумкованные ПВ; по показателям эхогенности позволяет отличить серозный ПВ от гнойного.

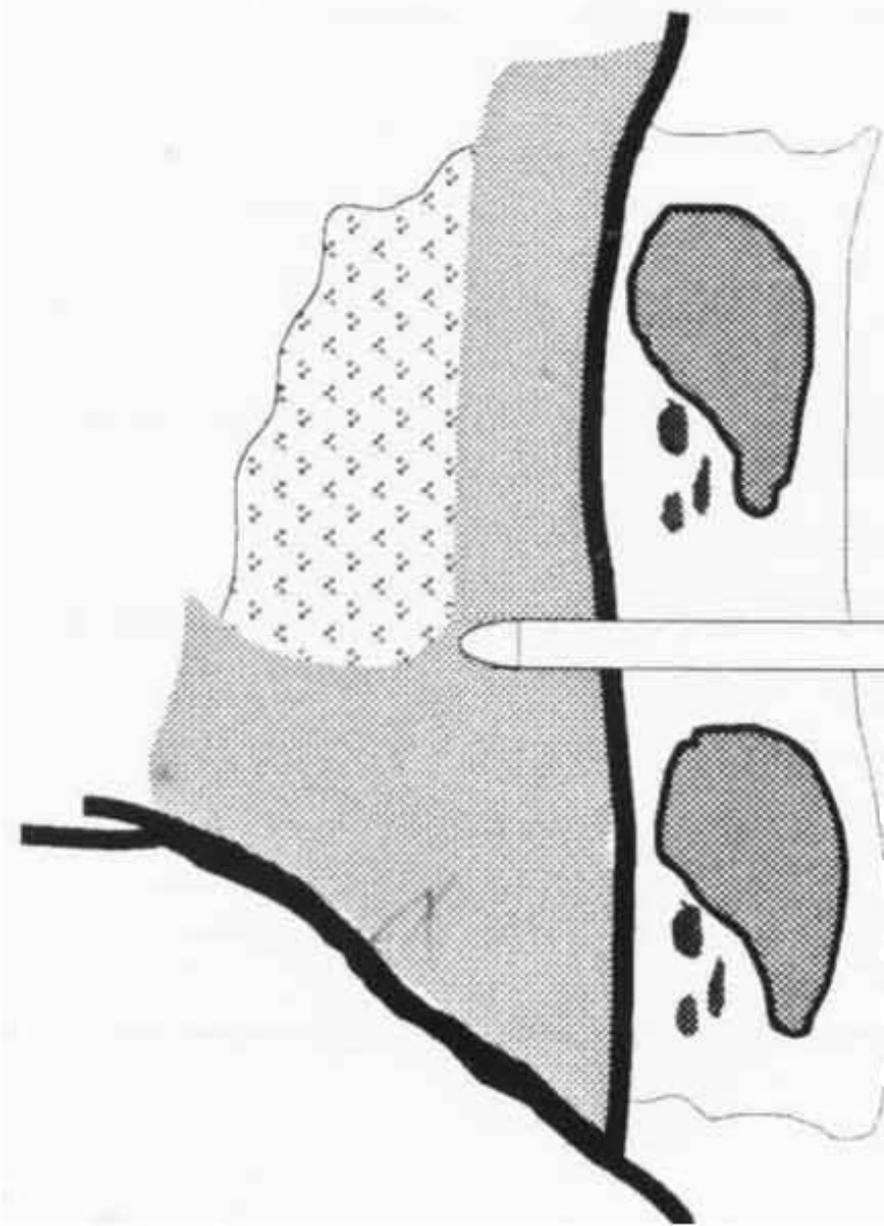


г. Минск
Рентгенодиагностический ЦКБ РМН
Ф.И.О. Асвоико А.Б.16
№2388 10.12.1998 г. АРМ.
ВР. [signature]

Диагностический торакоцентоз показан каждому больному, у которого причина ПВ неясна после начального физикального и рентгенологического обследований

При достаточном объеме торакоцентез – прост. Безопасное место – лопаточная линия, на 1 м ниже зоны тупости при перкуссии. Если ПВ – атипичный, то точку пункции находят с помощью УЗИ.

Удаляя жидкость, надо помнить то, что в полости плевры имеется (-)Р. Поэтому нельзя допустить контакт с атмосферным воздухом (развитие пневмоторакса). Безопасно однократное извлечение ~1,5 л.



Диагностические аспекты плевральной пункции

1-я пробирка	2-я пробирка	3-я пробирка
Биохимическое исследование: рН, уровни белка, ЛДГ, холестерина, глюкозы, амилазы	Цитология: число клеток и их дифференциация (эритроциты, лейкоциты, атипичные, LE, Березовского-Штернберга); микробиологическое исследование (посев на среды, выделение анаэробных, чистой культуры, чувствительность к АБ)	Исследование на БК – культуральный метод или ПЦР

В норме в плевральной полости содержится - 20 мл прозрачной жидкости, содержащей <15 г/л белка и 1500 клеток в мкл (мезотелиальные, моноциты, лимфоциты и немного ПЯЛ)

Экссудат - темно-желтая, янтарная, слегка мутная жидкость :

- **Классические признаки экссудата (Р.Лайт)**
- **белок выпот/кровь $>0,5$**
- **ЛДГ выпот/кровь $>0,6$ (лучший тест для разграничения от транссуда) ;**
- **уровень ЛДГ >200 Ед/л ($>2/3$ нормальной верхней границы содержания в крови);**
- **Другие, часто используемые признаки**
- **плотность $>1,018$;**
- **уровень белка >30 г/л;**
- **положительная проба Ривольта;**
- **содержание лейкоцитов $>1,0 \cdot 10^9$ /л;**
- **высокий уровень холестерина >55 мг/сут (или $>1,6$ ммоль\л);**
- **билирубин ПВ\кровь $>0,6$;**
- **низкий уровень глюкозы ($<3,0$ ммоль\л).**

Значение вышеуказанных критериев не абсолютно.

- Транссудат - «фильтрат крови» (по биохимическому составу приближается к ней):**
- чистая, прозрачная, стерильная, невязкая жидкость;
 - плотность $<1,015$;
 - отрицательная проба Ривольта;
 - содержание белка <30 г/л ($<1/2$ белка сыворотки);
 - ПЯЛ $<50\%$;
 - уровень глюкозы похож на таковой в крови;
 - ЛДГ <200 Ед/л и соотношение - выпот/кровь $<0,6$;
 - холестерин $<1,6$ ммоль/л;
 - билирубин ПВ\сыворотка $<0,6$;

Транссудат -- обычно двухсторонний (иногда сразу появляется на одной стороне, а потом на другой) и быстро рассасывается, не оставляет спаек. Основная причина дифференцировать транссудат – то, что дальнейшая диагностика прекращается и усилия направляются на лечение основной причины – ХСН, нефроза или цирроза печени.

3 частых вида экссудатов (>80% всех экссудатов):

• вызванные инфекцией -- выраженный плеврит имеется у 40% больных бактериальной ВБП, у 20% с микоплазменной пневмонии и у ~70% - стафилококковой пневмонией;

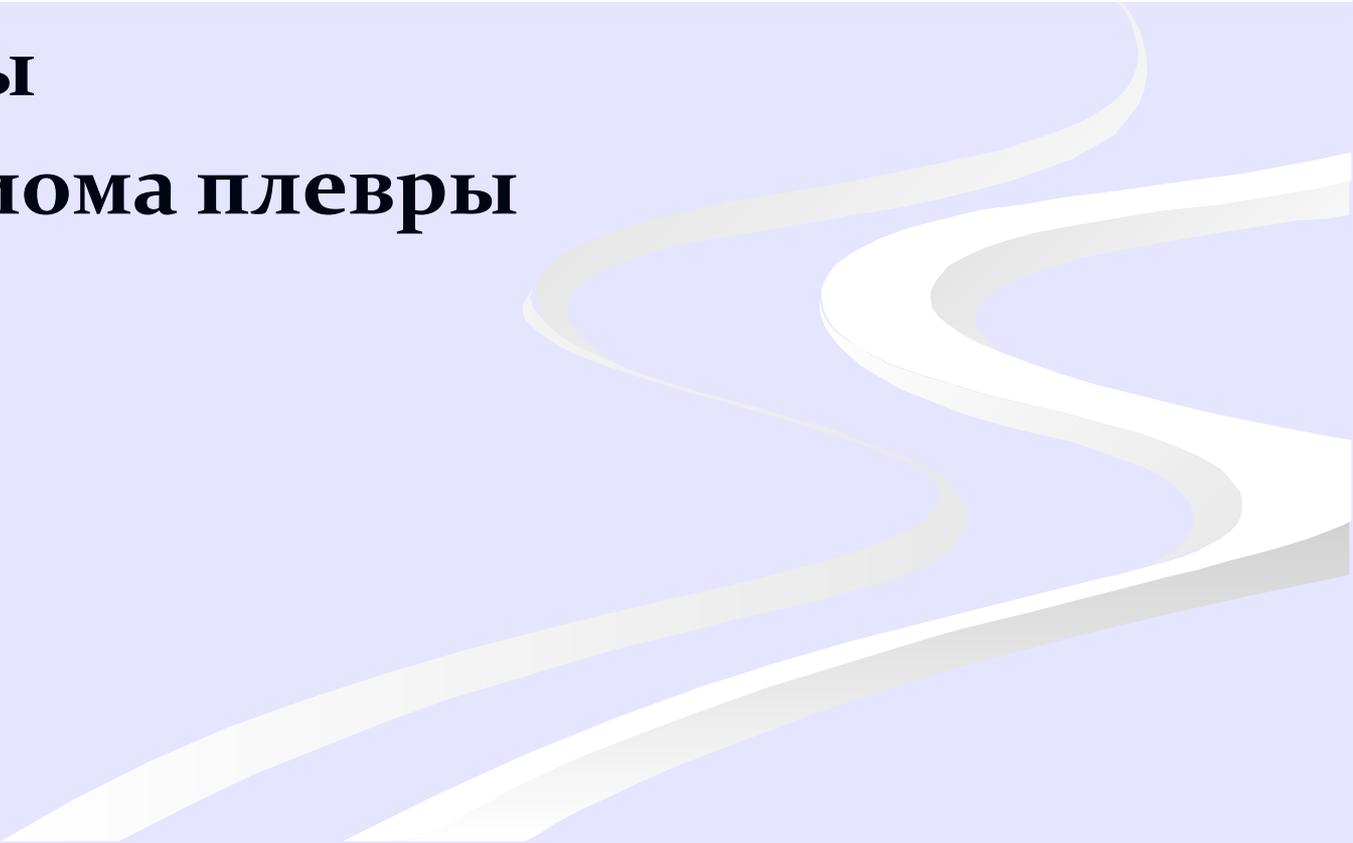
• связанные с постпервичным ТВС легких без доказательств поражения на рентгеновском снимке легких (частая причина в странах СНГ);

• обусловленные опухолями (~20%).

Туберкулезный плеврит

- Выделяют три патогенетических варианта туберкулезного плеврита: аллергический, перифокальный и туберкулез плевры.
- В основе аллергического ТП лежит гиперсенсibilизация, которая приводит к воспалительной реакции со стороны плевры, сопровождающейся выраженной экссудацией, как правило, без образования очагов и обсеменения. При исследовании плевральной жидкости выявляется большое количество эозинофилов, что в сочетании с эозинофилией крови свидетельствует об аллергическом ее характере. Естественно, что микобактерии туберкулеза в экссудате, как правило, не обнаруживаются.

Плевриты при онкологических заболеваниях

- **Рак легкого**
 - **Метастазы из разных источников**
 - **Лимфомы**
 - **Мезотелиома плевры**
- 

Практические рекомендации по Дифференциальному диагнозу ПВ

Нередко представляется сложным (довольно широкий круг причин, многие из которых трудно распознаются)

Опорные факторы для решения данной проблемы:

- ❖ Оценка клинической ситуации (ХСН, цирроз печени, нефротический синдром, панкреатит, пневмония – имеют достаточно четкую клиническую картину, в рамках которой ПВ логично и очевидно вписывается)
- ❖ Визуальная оценка выпота: гемоторакс, хилоторакс, гной
- ❖ Оценка характера выпота – транссудат/экссудат
- ❖ Цитологический состав выпота: раковые клетки, микобактерии туберкулеза, лимфоцитоз (тбс), эозинофилия, нейтрофилез (эмпиема), LE-клетки
- ❖ Использование дополнительных уточняющих методов: КТ ОГК, бронхоскопия, биопсия плевры

Указанное обследование не гарантирует установление диагноза, что приводит к расширению поиска и новым обследованиям

Лечебная тактика при плевритах и плевральных выпотах

- Общие направления:
 - Извлечение жидкости для декомпрессии внутренних органов
 - Устранение причины
 - Антибактериальная терапия
 - Обезболивающие
- 