

Н.А.Стогова, Н.С.Тюхтин

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПАРАПНЕВМОНИЧЕСКОГО И ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

DIAGNOSTIC FEATURES OF PARAPNEUMONIC AND TUBERCULOUS PLEURISY

N.A.Stogova, N.S.Tyukhtin

Summary

We have analyzed time of diagnosis of pneumonia complicated by exudative pleurisy and of tuberculous pleurisy at general care facilities. Causes of long diagnosis of lung inflammation and pleural effusion were revealed. Most often misdiagnosis was found. We emphasized the epidemiological danger of patients with tuberculous pleurisy pleurisy and MBT in sputum. Organization of pleural pathology department using modern diagnostic techniques is thought to be reasonable to improve the diagnostic work-up.

Резюме

Представлены результаты анализа сроков диагностики пневмонии, осложненной экссудативным плевритом (ЭП), и туберкулезного экссудативного плеврита в учреждениях общей лечебной сети. Выявлены причины длительных сроков диагностики воспалительных процессов в легких и ЭП. Установлены наиболее частые диагностические ошибки в процессе обследования больных. Обращено внимание на эпидемиологическую опасность для окружающих больных туберкулезным плевритом при наличии в мокроте микобактерий туберкулеза. Для повышения эффективности диагностики высказано мнение о целесообразности организации отделения плевральной патологии и использования современных методов верификации диагноза.

В нозологической структуре пульмонологических больных пневмония в последние годы составляет 21,2–41,9 % случаев и стоит на 2-м месте после обструктивных заболеваний легких [1–3]. Несмотря на совершенствование методов дифференциальной диагностики заболеваний органов дыхания своевременное выявление больных с плевральной патологией остается актуальной проблемой [4]. В структуре плевральных выпотов доля парапневмонического экссудативного плеврита составляет 22,0–34,0 % [5, 6]. Больные с синдромом плеврального выпота выявляются, как правило, при обращении к врачу учреждений общей лечебной сети [7]. Диагностика плеврального выпота требует незамедлительного решения вопроса о верификации этиологии заболевания и, прежде всего, исключения его туберкулезной природы. Длительность верификации и ошибочная этиологическая диагностика туберкулезного и парапневмонического плевритов отмечается в 30,0–40,0 % случаев [8, 9].

Целью настоящего исследования явилось изучение своевременности и особенностей диагностики пневмонии, осложненной экссудативным плевритом, и туберкулезного экссудативного плеврита в учреждениях общей лечебной сети.

Проведен анализ структуры плевральных выпотов у 7 718 взрослых больных, поступивших на обследова-

ние и лечение в отделение плевральной патологии Клинического противотуберкулезного диспансера Воронежа в течение 1979–2002 гг. Для верификации этиологии плеврального выпота проводились клиническое, лабораторное, рентгеномографическое обследования, туберкулиновые пробы, бактериологические исследования мокроты, экссудата, биоптата плевры на микобактерии туберкулеза (МБТ), обнаружение антигенов и антител МБТ в сыворотке крови и экссудате (ИФА, ПЦР), бронхоскопия, плевральная пункция. Пункционная биопсия париетальной плевры выполнена у 6 127 (79,39 %) больных, при необходимости проводилась торакоскопия с прицельной биопсией плевры в условиях легочно-хирургического отделения.

Диагноз пневмонии, осложненной экссудативным плевритом, был установлен у 2 514 (32,58 %) больных, туберкулезный экссудативный плеврит (ТЭП) — у 2 381 (30,85 %), опухолевый выпот — у 1 536 (19,90 %), застойный выпот — у 873 (11,31 %), посттравматический — у 238 (3,08 %), и у 176 (2,28 %) больных были редкие причины плеврального выпота (диффузные болезни соединительной ткани, панкреатит, цирроз печени, хроническая почечная недостаточность, микседема и др.).

Больные парапневмоническим и туберкулезным экссудативным плевритом составили более половины

(63,43 %) всех больных с плевральными выпотами. При дифференциальной диагностике плевральных выпотов следует учитывать изменение их этиологической структуры в различных возрастных группах. У взрослых в возрасте до 30 лет доля ТЭП составляет 72,76 % случаев. При парапневмоническом экссудативном плеврите (ППЭП) наибольшая частота приходится на возрастной период 41–50 лет (41,80 %) и 51–60 лет (35,42 %), при опухолевом выпоте — на 51–60 лет (28,99 %), 61–70 лет (31,70 %) и 71–80 лет (33,52 %), при застойном выпоте наибольшая частота приходится на возраст 81–90 (33,77 %) и 91 и более лет (66,67 %).

Как ППЭП, так и ТЭП чаще встречается у лиц мужского пола. Среди 2 514 больных ППЭП было 1 811 (72,04 %) мужчин и 703 (27,96 %) женщины в возрасте от 18 до 92 лет. При ТЭП мужчин было 1 548 (65,02 %) и женщин — 833 (34,98 %) в возрасте от 18 до 96 лет. Из 2 381 пациента с ТЭП у 1 648 (69,22 %) экссудативный плеврит был самостоятельной формой туберкулеза органов дыхания и у 733 (30,78 %) больных он сочетался с активным туберкулезом легких.

У 175 пациентов с ППЭП и 275 с ТЭП, поступивших в отделение плевральной патологии в 1998–2000 гг. для уточнения наличия и верификации этиологии плеврального выпота, проведен анализ своевременности диагностики заболевания в учреждениях общей лечебной сети. По направлению поликлиник поступили 5,71 % больных ППЭП, по скорой помощи — 6,29 %, после консультации фтизиатра в поликлиническом отделении городского и областного противотуберкулезных диспансеров — 57,14 %, переведены из общесоматических стационаров 30,86 % пациентов.

В результате обследования, с учетом данных учреждений общей лечебной сети, были установлены следующие клинико-анатомические варианты пневмонии, осложненной экссудативным плевритом: тотальная односторонняя пневмония наблюдалась у 1,71 %, долевая — у 5,14 %, очаговая — у 88,01 % больных. У 5,14 % пациентов при поступлении в отделение рентгенологические признаки пневмонии отсутствовали, что, по-видимому, было обусловлено предшествующей антибактериальной терапией. У 166 больных с рентгенологически подтвержденной пневмонией воспалительные изменения локализовались в верхней доле только у 10,84 %, в верхней и средней долях — у 1,81 %, в средней доле — у 1,81 %, в средней и нижней долях — у 10,24 %, в нижней доле — у 73,49 % и тотальная односторонняя пневмония имела место у 1,81 % пациентов. У 4 (2,29 %) из 175 больных наблюдалась деструктивная пневмония. Серозный экссудат диагностирован у 68,57 %, серозно-геморрагический — у 4,57 %, серозно-гнойный — у 19,43 % и гнойный экссудат — у 7,43 % больных.

В отделение плевральной патологии в течение первых 2 недель от начала заболевания поступили 25,71 % больных ППЭП, на 3-й и 4-й нед. — 32,58 %, т. е. в течение 1-го мес. поступили 58,29 %

пациентов. В течение 2-го месяца поступили — 29,14 % больных, в течение 3-го мес. — 6,86 % и более 3 мес. — 5,71 %.

Учитывая, что не все больные ППЭП обращаются к врачу в первые дни от начала заболевания, проведен анализ времени поступления больных в отделение плевральной патологии от их 1-го обращения к врачу. Так, в течение первых 2 недель поступили 41,14 %, на 3-й и 4-й нед. — 26,29 % больных, т. е. в течение 1-го мес. госпитализированы 67,43 % пациентов. В течение 2-го мес. поступили — 22,86 %, в течение 3-го — 5,71 % и более чем через 3 мес. — 4,0 % больных. При первом обращении к врачу диагноз пневмония был установлен у 60 (34,29 %) из 175 пациентов. У остальных 115 (65,71 %) больных первыми врачебными диагнозами были: ОРВИ — у 20,0 %, острый или обострение хронического бронхита — у 13,15 %, тромбоэмболия ветвей легочной артерии — у 0,57 %, плеврит неясной этиологии — у 12,0 %, миозит межреберных мышц — у 1,71 %, межреберная невралгия — у 1,71 %, ишемическая болезнь сердца — у 4,0 %, гипертонический криз — у 1,71 %, ревматизм — у 0,57 % больных, пояснично-крестцовый радикулит — у 1,14 %, остеохондроз позвоночника — у 0,57 % больных. У 11 (6,30 %) пациентов предполагалась патология органов брюшной полости: острый холецистит, панкреатит, аппендицит, гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, сальмонеллезный энтерит, "острый живот" (при лапаротомии патология в брюшной полости не обнаружена). У 1,14 % больных были подозрения на острый пиелонефрит. В 1,14 % случаев пациенты были госпитализированы с диагнозом алкогольная интоксикация. Первое рентгенологическое обследование после обращения больного к врачу проведено в течение 1-й нед. 101 (57,71 %) пациенту.

В результате последующего обследования в учреждениях общей лечебной сети диагноз пневмонии был установлен у 63,43 % больных, в т. ч. в течение 1-й нед. от первого обращения к врачу — у 46,87 %, в течение 2-й нед. — у 8,0 %, 3–4-й нед. — у 5,14 %, т. е. в течение 1-го мес. от обращения к врачу диагноз пневмонии установлен у 60,0 % больных; в течение 2-го мес. — у 1,71 %, через 3 мес. и более — у 1,71 % пациентов. У 36,57 % больных диагноз пневмония до поступления в отделение плевральной патологии не был установлен, т. е. имела место гиподиагностика пневмонии. Больные были направлены с диагнозом экссудативный плеврит неясной этиологии.

Наличие экссудата в плевральной полости при пневмонии не всегда диагностируется своевременно. Тень плеврального выпота часто трактуется как нижнедолевая пневмония. Так, от первого обращения к врачу синдром плеврального выпота установлен в течение 1-й нед. у 39,43 %, в течение 2-й нед. — у 14,86 %, 3–4-й нед. — у 27,43 % больных, т. е. в течение 1-го мес. плевральный выпот выявлен у 81,72 % пациентов. В течение 2-го мес. наличие пле-

врального выпота установлено у 8,57 %, в течение 3-го мес. — у 1,71 % и более чем через 3 мес. — у 2,29 % больных. У 5,71 % больных наличие плеврального выпота не было установлено до поступления в отделение плевральной патологии.

Таким образом, остается актуальной проблема своевременного выявления пневмонии, парапневмонического плеврита и проведения дифференциальной диагностики широкого круга плевральных выпотов различной этиологии.

Больные туберкулезным плевритом в начале заболевания, как правило, обращаются за медицинской помощью в учреждения общей лечебной сети, где верификация диагноза также остается трудновыполнимой задачей. По данным литературы, в первые 2 нед. от начала заболевания в туберкулезный стационар поступают лишь 5,8 % больных ТЭП, у 30,0–50,0 % продолжительность заболевания до поступления в туберкулезную клинику превышает 3 мес., некоторые больные не представляются на консультацию фтизиатру [5,10].

Клиническая картина ТЭП часто имеет сходство с пневмонией, осложненной экссудативным плевритом. Так, у 41,09 % больных туберкулезным плевритом наблюдалось острое начало заболевания, у 10,18 % — отрицательная и у 8,0 % — сомнительная проба Манту с 2 ТЕ РРД-Л. Однако при ТЭП постепенное и малосимптомное начало заболевания наблюдается значительно чаще (27,64 %), чем при пневмонии (4,57 %), нередко первым симптомом является боль в грудной клетке.

Среди 275 больных туберкулезным экссудативным плевритом, поступивших в отделение плевральной патологии, у 182 (66,18 %) ТЭП был самостоятельной формой туберкулеза органов дыхания, у 93 (33,82 %) ТЭП сочетался с активным туберкулезом легких. У 18 (9,89 %) пациентов с ТЭП без видимых туберкулезных изменений в легких в мокроте выделены микобактерии туберкулеза (МБТ). При сочетании ТЭП с активным туберкулезом легких (93 больных) диагностированы следующие клинко-рентгенологические формы: диссеминированный туберкулез — у 9,68 %, очаговый — у 10,75 %, инфильтративный — у 77,42 % и фиброзно-кавернозный туберкулез — у 2,15 % пациентов. У 36,56 % больных туберкулезный процесс в легких был в фазе распада, у 49,46 % в мокроте выявлены МБТ. Активные туберкулезные изменения в легких локализовались, в отличие от пневмонической инфильтрации, главным образом в верхней доле (78,50 %). Кроме того, у 9,68 % больных туберкулезный процесс имел диссеминированный характер. Только у 1,07 % пациентов туберкулезный инфильтрат определялся в средней доле правого легкого и у 10,75 % — в нижней доле (6-й и 10-й сегменты).

При туберкулезном плеврите экссудат, в отличие от парапневмонического, чаще имеет серозный характер. Серозный экссудат установлен у 248 (92,88 %) из 267 больных, серозно-геморрагический — у 15

(5,62 %) и гнойный — у 4 (1,50 %) пациентов. У 42 (15,73 %) больных в экссудате обнаружены МБТ. У 8 (2,91 %) пациентов экссудат не был получен в связи с его ранней организацией.

Анализ сроков поступления больных ТЭП в отделение плевральной патологии показал, что в течение 1-й нед. от начала заболевания поступили 4,0 %, 2-й нед. — 10,55 %, 3-й недели — 14,55 %, 4-й нед. — 22,18 % больных. Таким образом, в течение 1-го мес. от начала заболевания поступили 51,28 % пациентов, в т. ч. лишь 31 (48,44 %) из 64 больных — с бактериовыделением в мокроте. На 2-м мес. от появления первых симптомов заболевания поступили 27,27 %, на 3-м мес. — 9,09 % и в сроки более 3 мес. — 2,36 % больных.

Только 73 (26,55 %) пациента были направлены в противотуберкулезный диспансер сразу после рентгенологического выявления синдрома плеврального выпота без предварительного лечения, 28,71 % лечились в амбулаторно-поликлинических учреждениях, 50,50 % — в общесоматических стационарах и 20,79 % — последовательно в указанных учреждениях. Из 202 (73,45 %) больных ТЭП получали лечение по поводу ОРВИ 18,81 %, острого бронхита — 6,44 %, пневмонии — 21,29 %, пневмонии, осложненной плевритом, — 1,19 %, остеохондроза — 4,45 %, миозита — 1,98 %, межреберной невралгии — 0,99 %, пиелонефрита — 1,98 %, холецистита — 2,48 %, сердечной недостаточности — 1,98 % и др. Только 35 (17,33 %) пациентам были произведены плевральные пункции.

Больные туберкулезным плевритом, находясь на лечении в учреждениях общей лечебной сети, представляли эпидемиологическую опасность и являлись потенциальным источником нозокомиального и семейного туберкулеза. Кроме того, использование в ряде случаев монотерапии противотуберкулезными препаратами с широким спектром действия (стрептомицин, канамицин, рифампицин, фторхинолоны) могло вести к появлению лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза и снижению эффективности последующей комбинированной противотуберкулезной терапии. При неустановленном диагнозе туберкулезного плеврита возможно прогрессирование туберкулезного процесса. Так, в анамнезе у 12 (4,01 %) из 299 опрошенных больных туберкулезом органов дыхания, находившихся на стационарном лечении в противотуберкулезном диспансере, имелись указания на перенесенный в прошлом "нетуберкулезный" экссудативный плеврит.

Выводы

1. В учреждениях общей лечебной сети у больных с симптомами заболевания органов дыхания и окончательным диагнозом пневмония, осложненная экссудативным плевритом, воспалительные изменения в легких в течение 1-й нед. выявляются лишь в 46,87 % случаев, а парапневмонический экссудативный плеврит — в 39,43 %. В 48,72 %

случаев больные ТЭП переводятся в противотуберкулезный диспансер через 1 мес. и более от времени поступления в стационар, в т. ч. 38,55 % из них лечатся по поводу пневмонии.

2. Для повышения эффективности диагностики пневмонии, осложненной плевритом, и ТЭП необходимо раннее рентгенологическое обследование больных и повторная рентгенография после эвакуации экссудата, использование дополнительных методов выявления и верификации патологии легких и плевры (компьютерная томография, УЗИ, игловая биопсия парietальной плевры, исследование мокроты методом бактериоскопии на кислотоустойчивые микобактерии).
3. При трактовке данных рентгенологического обследования следует учитывать более частую локализацию пневмонии в нижних долях, средней доле, в 3, 4 и 5-м сегментах легких. Туберкулезные изменения локализуются преимущественно в 1, 2, 6, 9 и 10-м сегментах легкого. Но следует иметь в виду возможность более частого варианта ТЭП как самостоятельной формы туберкулеза органов дыхания без внутрилегочных изменений (66,18 % больных с туберкулезным плевритом).
4. При сходной рентгенологической картине, в отличие от пневмонии при плевральном выпоте, дыхание резко ослаблено, нет хрипов, есть смещение средостения в противоположную сторону, на латерограмме отмечается растекание экссудата.
5. При дифференциальной диагностике парапневмонического и туберкулезного экссудативного плеврита отличительными признаками в пользу парапневмонического плеврита является более острое начало заболевания, кашель — чаще с гнойной мокротой желтого или зеленого, иногда ржавого цвета, может выслушиваться бронхиальное дыхание, нередко — крепитация или влажные хрипы, в крови — высокий нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, в мокроте — большое количество лейкоцитов и отсутствие МБТ, на рентгенограмме — наличие пневмонической инфильтрации, при плевральной пункции — часто серозно-гнойный (19,43 %) или гной-

ный (7,43 %) экссудат, в биоптате плевры — наложения фибрина и инфильтрация плевры нейтрофильными гранулоцитами.

6. При отсутствии признаков пневмонии и патологии других органов у больных с плевральным выпотом их следует направлять в противотуберкулезный диспансер (желательно — в специализированное отделение плевральной патологии) для проведения обследования (туберкулиновые пробы, ИФА, игловая биопсия плевры, при необходимости — компьютерная томография, торакоскопия с прицельной биопсией плевры, посевы мокроты и экссудата на туберкулезные микобактерии) и подтверждения или исключения диагноза туберкулез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соболева Л.Р., Коровина О.В., Мищенко О.В., Шулепова Н.Г. Нозологическая структура больных пульмонологического отделения в различных регионах страны. В кн.: Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 8-й: Сборник резюме. М.: 1998. 293.
2. Коркус Е.Н., Абушенко М.И., Турчик Р.Н., Пащенко Л.В. Сравнительная характеристика контингента больных пульмонологического отделения. В кн.: Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 10-й: Сборник резюме. СПб.: 2000. 389.
3. Типикин В.А., Сергеева В.П., Череп Е.Б. Динамика заболеваемости и смертности от болезней органов дыхания в г. Пенза за 1989–1998 гг. В кн.: Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 10-й: Сборник резюме. СПб.: 2000. 342.
4. Чучалин А.Г. Плевра: патофизиологические и клинические аспекты. Тер. арх. 1999; 3: 5–9.
5. Соколов В.А. Плевриты. Екатеринбург: Баско; 1998.
6. Тюхтин Н.С. Болезни плевры. В кн.: Палеев Н.Р. (ред.). Болезни органов дыхания. М.: Медицина; 2000; гл. 35: 673–704.
7. Розенфельд Н.Я., Рабко Т.А., Тяк Е.П. и др. Роль общей лечебной сети в выявлении туберкулеза. В кн.: Съезд Научно-медицинской ассоциации фтизиатров, 4-й. Йошкар-Ола; 1999. 38.
8. Соколов В.А., Красноборова С.Ю., Савельев А.В., Попов В.А. Организационные и методологические аспекты поздней диагностики туберкулеза и рака легких. В кн.: Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 7-й: Сборник резюме. М.: 1997. 117.
9. Kim N.J., Hong S.C., Kim J.O. et al. Etiologic considerations of nonspecific pleuritis. Korean J. Intern. Med. 1991; 6 (2): 58–63.
10. Цымбаларь Г.Г., Тудос Т.П., Журжа Л.Е. Патогенетические средства в комплексном лечении больных туберкулезным плевритом. Пробл. туб. 1989; 4: 23–27.

Поступила 03.03.04