***Плеврит*** — воспаление плевральных листков с образованием на их поверхности фибрина (сухой, фибринозный плеврит) или скоп­лением в плевральной полости экссудата различного характера (экссудативный плеврит). Накопление экссудата в плевральной полости происходит при многих заболеваниях легких, плевры и других органов, что затрудняет этиологическую диагностику. У подростков плевриты чаще являются туберкулезными. Из плевритов не туберкулезной этиологии следует отметить экссудации при пневмониях различной природы, ревматизме, коллагенозах, недостаточности кровообращения, опухолях, травме и др.

 В дифференциальной диагностике плевритов существенным считают следующие положения. В анамнезе свидетельствует о туберкулезной природе плеврита контакт с больным туберкулезом, гиперергическая реакция или «вираж» туберкулиновой чувствительности.

 **С**индром плеврального выпота диагностируется примерно у 10% больных пульмонологического профиля. Природа заболеваний, проявляющихся плевральным выпотом, весьма разнообразна. Это большая гетерогенная группа воспалительных, застойных, опухолевых, диспротеинемических выпотов; плевральные выпоты вследствие нарушения целостности плевры; выпоты при длительном контакте с асбестом, при уремии и пр. Возникновение плеврального выпота всегда является признаком неблагоприятного (осложненного) течения основного заболевания и предполагает интенсификацию, а в ряде случаев и изменение стратегии лечения. Гетерогенность заболеваний, сопровождающихся (проявляющихся) плевральным выпотом, определяет важность дифференциальной диагностики плевральных выпотов.
 Целью дифференциальной диагностики плевральных выпотов является установление главной причины образования выпота в плевральной полости для подбора адекватной терапии.

***Последовательность использования различных диагностических методов и их разрешающие возможности***

 Клиническое исследование, несмотря на постоянное оснащение медицины различной диагностической техникой, сохраняет свое главенствующее значение. Именно клиницисту принадлежит ведущая роль в интеграции результатов всех методов исследования больного. При общеклиническом обследовании важно различать признаки основного заболевания и собственно поражения плевры. Основными клиническими признаками плеврального выпота являются боли в грудной клетке, непродуктивный кашель и одышка. Важный признак плеврального выпота - смещение средостения. При парапневмоническом плеврите средостение обычно смещается в здоровую сторону. При выпоте, сочетающимся с ателектазом или пневмоциррозом, средостение смещается в пораженную сторону. Дифференциально-диагностическое значение имеет не столько наличие или выраженность того или иного симптома плеврального выпота, сколько скорость нарастания симптоматики. Так, для воспалительных поражений плевры более характерно острое начало, а для опухолевых или застойных - медленное постепенное нарастание симптоматики. Весьма существенным является сочетание признаков плеврального выпота с симптомами основного заболевания. На этапе клинического исследования врач определяет направленность, ширину и глубину диагностического поиска.

|  |
| --- |
| **Общеклиническое обследование**Определяет направленность, широту и глубину диагностического поиска **Лучевая диагностика (УЗИ, рентгенография, КТ)**Характеризует распространенность,локализацию выпота и сосуществующие изменения легких и других органов**Плевральная пункция** Характер выпотаОбнаружение этиологически начимых субстанций (микроорганизмы, опухолевыеклетки и др.)**Торакоскопия**Визуальный контроль плевры Выбор участка биопсии**Биопсия плевры**Морфологическая характеристика патологического процесса в плевре |

 **Лучевая диагностика** - важнейший обязательный элемент дифференциальной диагностики плевральных выпотов. Наибольшую информацию при этом дает ультразвуковое исследование (УЗИ). С помощью УЗИ определяется не только объем выпота, но по показателям эхогеннности можно отличить серозный экссудат от гнойного. УЗИ позволяет повысить точность диагностики ограниченных синусовых, базальных, междолевых, осумкованных и плащевидных выпотов. Сочетание рентгенологических методов с УЗИ позволяет охарактеризовать не только распространенность и локализацию выпота, но и сосуществующие изменения легких и других внутренних органов.
 **Плевральная пункция,** входящая в обязательный диагностический минимум, дает много информации, позволяющей верифицировать диагноз. Первым и весьма важным элементом дифференциальной диагностики плеврального выпота является определение характера жидкости: экссудат или транссудат. Основные отличия двух основных вариантов плевральных выпотов представлены в таблице 1. При этом дифференциально-диагностическое значение имеет не только определение абсолютного содержания того или иного вещества в плевральном выпоте, но и соотношение содержания исследуемого компонента в выпоте и сыворотке крови. При обнаружении транссудата в плевральной полости дальнейший поиск причин поражения плевры прекращают и проводят соответствующие лечебные мероприятия (эвакуация выпота, мочегонные и прочие средства, уменьшающие транссудацию в плевральную полость). При воспалительном характере плеврального выпота - экссудате - диагностический поиск продолжается. Определенное значение для диагностики имеет внешний вид плеврального содержимого. Так, геморрагический экссудат наблюдается при тромбоэмболии легочной артерии, травмах, опухолях, коричневый - при амебиазе, молочный - при хилотораксе. Повышенная вязкость характерна для мезотелиомы, гнилостный запах - для эмпиемы. Анализ клеточного содержимого характеризует фазу и характер воспаления. Так, нейтрофилез экссудата свидетельствует об острой фазе воспаления или суперинфицировании. Лимфоцитоз характерен для хронического воспаления. Эозинофилия более 10% - нередкая находка в экссудатах. Это может быть и признаком основного заболевания, и результатом аутосенсибилизации при повторных плевральных пункциях. Отсутствие мезотелия в экссудате наблюдается в тех случаях, когда плевральные листки покрыты фибрином (при туберкулезном и парапневмоническом плевритах). При застойных выпотах обычно наблюдается высокое содержание клеток мезотелия. Обнаружение опухолевых клеток, микроорганизмов, паразитов при микроскопии осадка плеврального выпота является абсолютным диагностическим признаком и означает окончательную верификацию диагноза.

 Весьма полезным в дифференциальной диагностике плевритов является **исследование глюкозы плеврального содержимого**. Низкое содержание (менее 3,33 ммоль/л) характерно для туберкулеза, опухолевого поражения, ревматического и парапневмонического плеврита. При других вариантах плевритов содержание глюкозы в экссудате обычно равно таковому в сыворотке крови. При уровне глюкозы менее 2,22 ммоль/л у больных с парапневмоническим плевритом весьма высока вероятность формирования эмпиемы, а при эмпиеме глюкоза в плевральном содержимом обычно отсутствует. Интенсивность воспаления в плевральной полости обычно коррелирует с повышением лактатдегидрогеназы (ЛДГ). Наряду с ЛДГ по специальным показаниям в экссудате можно определять и другие маркеры воспаления: металлопротеазы, интерлейкины. **Иммунологическое исследование плеврального содержимого** направлено на обнаружение либо этиологически значимых агентов (антигены), либо следов их пребывания (антитела). Для этой цели используются иммуноферментный анализ и полимеразно-цепная реакция. Бактериологическое исследование плеврального содержимого дает максимальную информацию при инфекционной природе плевритов.

##### Таблица 1. ОТЛИЧИЯ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТОВ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ПОКАЗАТЕЛЬ** | **ТРАНССУДАТ** | **ЭКССУДАТ** |
| Плотность | Менее 1,015 | Более 1,018 |
| Белок | Менее 20,0 г/л | 30,0 г/л и более |
| Белок в/с | Менее 0,5 | Более 0,5 |
| ЛДГ выпота | Менее 1,6 ммоль/лхч | Более 1,6 ммоль/лхч |
| ЛДГ в/с | Менее 0,6 | Более 0,6 |
| Холестерол в/с | Менее 0,3 | Более 0,3 |
| Холестераза в/с | Менее 0,6 | Более 0,6 |
| П р и м е ч а н и е. В/с - соотношение показателей выпот/сыворотка. |

На первом этапе дифференциальной диагностики необходимо отличать воспалительный, опухолевой и застойный характер выпота**.** Основные ориентиры поиска в этом направлении представлены в схеме 1. На этом этапе наиболее сложным и ответственным является исключение (или подтверждение) опухолевой природы плеврального выпота. В большинстве случаев при опухолях наблюдаются постепенное развитие выпота и наличие известных факторов риска опухоли. Лучевые методы позволяют обнаружить дополнительные тени и определить показания к бронхологическому исследованию. Плевральное содержимое довольно часто носит геморрагический характер, в нем определяются опухолевые маркеры. Обнаружение опухолевых клеток является абсолютным диагностическим признаком и означает успешное окончание диагностического поиска. При отсутствии клеток опухоли в плевральном содержимом и сохраняющемся подозрении на опухолевой процесс, показана торакоскопия с биопсией, позволяющие в большинстве случаев получить диагностически значимый материал.

Схема 1. ОСНОВНЫЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ, ОПУХОЛЕВЫХ И ЗАСТОЙНЫХ ВЫПОТОВ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Методы обследования | Воспаление | Опухоли | Застой |
| Клинические | Эпидемиологические признаки Острое начало Интоксикация | Факторы риска Постепенное начало | Основное заболевание, ведущее к застоюПостепенное началоФакторы риска ТЭЛА\* |
| Лучевые | Визуализация выпота Обнаружение дополнительных теней (легкие, средостение) |
| Исследование плеврального содержимого | ЭкссудатАнтигены, антителаНейтрофилыЛимфоциты Эозинофилы Бактерии, грибы простейшие | Экссудат геморрагическийОпухолевые маркеры Клетки опухоли | Транссудат Лимфоциты Эритроциты (при ТЭЛА\*) |
| Торакоскопия | Визуализация листков плевры Выбор места биопсии |
| Биопсия плевры | ВоспалениеФиброз | Опухоль |  |
| \*ТЭЛА - тромбоэмболия легочной артерии |

 Таким образом, дифференциальная диагностика плевральных выпотов должна осуществляться последовательно с учетом клинических, лабораторных и инструментальных данных до получения абсолютных диагностических признаков заболевания. Очень важным элементом диагностики является выявление и идентификация внеплевральных признаков заболевания, приведшего к появлению плеврального выпота. Несмотря на большую дополнительную информацию, получаемую при исследовании плеврального содержимого и биоптатов плевры, не всегда удается получить абсолютные диагностические признаки. При отсутствии абсолютных диагностических признаков нозологической принадлежности плеврита (микрофлора, специфические гранулемы или опухолевые клетки) диагноз устанавливается по сумме косвенных признаков, в том числе и по эффективности пробной терапии.

### ***Туберкулезный плеврит***

 Туберкулез является частой причиной экссудативных плевритов. Чаще туберкулезный плеврит развивается на фоне какой-либо кли­нической формы туберкулеза легких (диссеминированного, очаго­вого, инфильтративного), бронхоаденита или первичного туберку­лезного комплекса. В редких случаях туберкулезный экссудативный плеврит может оказаться единственной и первичной формой тубер­кулеза легких. Морфологический субстрат туберкулеза плевры представлен более или менее крупными туберкулезными очагами с элементами казеозного некроза. Наряду с этим в плевре выражена экссудативная реакция, обусловливающая накопление выпота. В зависимости от размеров очагов и распространенности поражения, экссудат может быть и серозным, и гнойным с преобладанием нейтрофилов. В экссудате нередко обнаруживаются микобактерии туберкулеза. Особое место среди плевритов туберкулезной природы занимает эмпиема плевры, развивающаяся при блокаде естественных механизмов резорбции экссудата. При всех вариантах туберкулезного плеврита большое значение имеет обнаружение микобактерий, их антигенов или антител к ним в экссудате, обнаружение внеплевральных форм туберкулеза, получение специфических результатов биопсии плевры.

Различают три основ­ных варианта туберкулезного плеврита: аллергический, перифокальный и туберкулез плевры.

 *Аллергический плеврит* является гиперергическим. Аллергический плеврит возникает у больных первичным туберкулезом при свежем заражении или хроническом течении первичной туберкулезной инфекции. Для него ха­рактерны следующие клинические особенности:

• острое начало с болями в грудной клетке, высокой температурой тела, быстрым накоплением экссудата, выраженной одышкой;

• быстрая положительная динамика (экссудат рассасывается в те­чение месяца, редко - дольше);

• повышенная чувствительность к туберкулину, что обусловливает положительную туберкулиновую пробу;

• эозинофилия в периферической крови и значительное увеличение СОЭ;

• экссудат преимущественно серозный (на ранних стадиях может

быть серозно-геморрагическим), содержит большое количество лимфоцитов, иногда — эозинофилов;

• нередкое сочетание с другими проявлениями, обусловленны­ми гиперергической реактивностью — полиартритом, узлова­той эритемой;

• отсутствие микобактерий туберкулеза в плевральном выпоте.

*Перифокальный плеврит —* следствие вовлечения в воспалительный процесс плевральных листков у больных легочными формами туберкулеза. Особенно легко перифокальный плев­рит возникает при субплевральном расположении легочного тубер­кулезного очага. Течение перифокального плеврита длительное, может носить рецидивирующий характер. Рентгенологическое исследование грудной клетки у таких больных выявляет одну из форм туберкулезного поражения легких (очаговое, инфильтративное или кавернозное). Экссудат в большинстве случаев серозный, лимфоцитарный, микобактерии, как правило, не выявляются.

Особенностями перифокального плеврита являются:

• длительное, часто рецидивирующее течение экссудативного плеврита;

• образование большого количества плевральных шварт (спаек) в фазу резорбции;

• серозный характер экссудата с большим количеством лимфоци­тов и высоким содержанием лизоцима;

• отсутствие микобактерий в экссудате;

• наличие одной из форм туберкулезного поражения легких (оча­гового, инфильтративного, кавернозного),что диагностируется с помощью рентгенологического метода исследования после предварительной плевральной пункции и эвакуации экссудата;

• резко положительные туберкулиновые пробы.

*Туберкулез плевры —* непосредственное поражение плевры тубер­кулезным процессом, может быть единственным проявлением ту­беркулеза или сочетаться с другими формами туберкулеза легких. Туберкулез плевры характеризуется появлением множественных мел­ких очагов на плевральных листках, однако возможно наличие круп­ных очагов с казеозным некрозом. Кроме того, развивается экссудативная воспалительная реакция плевры с накопление выпота в плев­ральной полости.

 Клинические особенности туберкулеза плевры:

• длительное течение заболевания с упорнымнакоплением выпота;

• экссудат может быть серозным с большим количеством лимфоцитов и лизоцима (при развитии плеврита вследствие обсемене­ния плевры и образования множественных очагов) или нейтрофилов (при казеозном некрозе отдельных крупных очагов). При распространенном казеозном поражении плевры экссудат ста­новится серозно-гнойным или гнойным (при очень обширном поражении) с большим количеством нейтрофилов;

• в плевральном выпоте обнаруживаются микобактерии туберку­леза, как при микроскопии, так и при посеве экссудата.

При распространенном казеозном некрозе плевры, распаде круп­ных туберкулезных очагов на плевре и блокаде механизмов резорб­ции экссудата может развиваться *гнойный туберкулезный плеврит (туберкулезная эмпиема).* При этом в клинической картине домини­рует очень выраженный синдром интоксикации: температура тела повышается до 39°С и выше; появляется резко выраженная потли­вость (особенно характерны проливные поты по ночам); больные худеют. Характерны одышка, значительная слабость, боли в боку, выраженный лейкоцитоз в периферической крови, увеличение СОЭ, часто лимфопения. Плевральная пункция выявляет гной­ный экссудат.

 Туберкулезная эмпиема плевры может осложниться образовани­ем бронхоплеврального или торакального свища.

 При постановке диагноза туберкулезного плеврита большое значение имеют данные анамнеза (наличие туберкулеза легких или другой локализации у пациента или ближайших родственни­ков), обнаружение микобактерии туберкулеза в экссудате, выяв­ление внеплевральных форм туберкулеза, специфические резуль­таты биопсии плевры и данные торакоскопии. Характерными при­знаками туберкулеза плевры при торакоскопии являются просовидные бугорки на париетальной плевре, обширные участки казеоза, выраженная наклонность к образованию плевральных сра­щений.

### ***Парапневмонический экссудативный плеврит***

 Бактериальные пневмонии осложняются экссудативным плев­ритом у 40% больных, вирусные и микоплазменные — в 20% случа­ев. Особенно часто осложняются развитием экссудативного плеври­та стрептококковые и стафилококковые пневмонии.

Основными характерными особенностями парапневмонических экссудативных плевритов являются:

• острое начало с выраженными болями в грудной клетке (до по­явления выпота), высокой температурой тела;

• преобладание правосторонних выпотов;

• достоверно большая частота двусторонних выпотов по сравне­нию с туберкулезным экссудативным плевритом;

• развитие экссудативного плеврита на фоне диагностированной пневмонии и определяемого рентгенологически пневмоничес­кого фокуса в паренхиме легкого;

• высокая частота гнойных экссудатов с большим количеством нейтрофилов, однако, при рано начатой и адекватной анти­бактериальной терапии экссудат может оказаться преимуще­ственно лимфоцитарным. У ряда больных возможен геморрагический экссудат, в единичных случаях — эозинофильный или холестериновый выпот;

• значительный лейкоцитоз в периферической крови и увеличение СОЭ более 50 мм/ч (чаще, чем при другой этиологии плевритов);

• быстрое наступление положительного эффекта под влиянием адекватной антибактериальной терапии;

• обнаружение возбудителя в выпоте (путем посева экссудата на определенные питательные среды), микоплазменная природа эк­ссудативного плеврита подтверждается нарастанием в крови тит­ров антител к микоплазменным антигенам.

### ***Экссудативные плевриты грибковой этиологии***

 Плевральные выпоты грибковой этиологии составляют около 1 % всех выпотов. Грибковые экссудативные плевриты развиваются пре­имущественно у лиц со значительным нарушением системы имму­нитета, а также получающих лечение иммунодепрессантами, глюкокортикоидными препаратами и у пациентов, страдающих сахар­ным диабетом.

 Экссудативные плевриты вызывают следующие виды грибков: аспергиллы, бластомицеты, кокцидоиды, криптококки, гистоплазмы, актиномицеты.

 Грибковые экссудативные плевриты по течению сходны с ту­беркулезными. Обычно плевральный выпот сочетается с грибковым поражением паренхимы легких в виде очаговой пневмонии, инфильтративных изменений; абсцессов и даже полостей распада.

Плевральный выпот при грибковых экссудативных плевритах обычно серозный (серозно-фибринозный) с выраженным преобла­данием лимфоцитов и эозинофилов. При прорыве в плевральную полость субкапсулярного абсцесса выпот становится гнойным.

 Диагноз грибкового экссудативного плеврита верифицируется с помощью неоднократного обнаружения мицелл грибков в плевраль­ной жидкости, в мокроте, а также путем повторного выделения культуры грибков при посеве экссудата, биоптата плевры, мокро­ты, гноя из свищей.

 Большое значение в диагностике грибковых экс­судативных плевритов имеют серологические методы исследова­ния сыворотки крови и экссудатата — высокие титры антител в реакциях связывания комплемента, агглютинации-преципитации с антигенами определенных грибков. Антитела можно выявить также с помощью иммунофлюоресцентного и радио иммунологических методов. Определенное диагностическое значение могут иметь положительные кожные пробы с введением аллергенов со­ответствующего грибка.

### ***Плевриты паразитарной этиологии***

 Наиболее часто экссудативные плевриты наблюдаются при амебиазе, эхинококкозе, парагонимозе. Этиологическая структура ***паразитарных поражений*** плевры определяется эпидемиологическими особенностями паразитарных болезней. В России наиболее часто наблюдаются плевриты при амебиазе, эхинококкозе, парагонимозе. Основные дифференциально-диагностические признаки этих болезней следующие.
 ***Амебный плеврит*** возникает обычно при прорыве через диафрагму амебного абсцесса печени. Это сопровождается резкой болью в правом подреберье, одышкой. Плевральный выпот имеет вид "шоколадного сиропа", содержит частицы паренхимы печени, нейтрофилы. Амебы определяются лишь в 10% случаев. Серодиагностика обычно помогает уточнить этиологический диагноз.
 ***Эхинококковые поражения плевры*** возникают при прорыве эхинококковой кисты легкого, печени или селезенки в плевральную полость. Реже киста развивается первично в плевральной полости. При прорыве кисты в плевральную полость возникает острая боль, одышка. Нередко прорыв нагноившейся кисты ведет к формированию эмпиемы. Наличие субплеврально расположенной эхинококковой кисты часто ведет к образованию бронхоплеврального свища. Диагностическое значение имеет обнаружение в экссудате, биоптате плевры сколексов с крючьями паразита, оболочек эхинококковой кисты, а также положительные результаты серодиагностики.

 Экссудативный плеврит - типичное проявление ***парагонимоза***. В России эндемичные очаги этой инфекции расположены на Дальнем Востоке. У 40% больных парагонимозом диагностируется сухой мигрирующий рецидивирующий плеврит. У трети больных парагонимозом экссудативный плеврит сочетается с очаговыми и инфильтративными поражениями легких. Для этих плевритов характерно длительное течение с образованием мощных плевральных сращений. Экссудат преимущественно эозинофильный. Диагностика основана на обнаружении в плевральной жидкости и мокроте яиц паразита и на повышении титров антител к антигенам паразита.

##### Признаки паразитарных плевритов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| АМЕБИАЗ | ЭХИНОКОККОЗ | ПАРАГОНИМОЗ |
| Амебиазный абсцесс печени | Прорыв кисты в плевральную полость | Сухой, мигрирующий |
| Прорыв через диафрагму | Эмпиема плевры | рецидивирующий плеврит |
| Резкая боль, одышка | Образование свищей | Очаговые изменения в легких |
| Плевральное содержимое - | Обнаружение в материалах | Эозинофилия |
| "шоколадный сироп" | сколексов с крючьями | Положительные серологические |
| Нейтрофилы | Положительные серологические пробы | пробы |
| Частицы гепатоцитов  |  | Обнаружение яиц |

#### Плевриты опухолевой этиологии

 Среди всех плевральных выпотов опухолевые выпоты составля­ют 15-20%. Согласно данным Light (1983) 75% злокачественных плев­ральных выпотов обусловлены раком легкого, молочной железы, лимфомой. На первом месте среди всех опухолей, вызывающих по­явление плеврального выпота, стоит рак легкого (чаще централь­ный), который диагностируется у 72% больных опухолевым плевритом.

 Вторая наиболее частая причина злокачественного экссудативного плеврита — метастатический рак молочной железы, третья — злокаче­ственная лимфома, лимфогранулематоз. В остальных случаях речь идет о мезотелиоме плевры, раке яичников и матки, раке различных отде­лов желудочно-кишечного тракта и опухолях других локализаций.

Основными механизмами образования плеврального выпота при злокачественных опухолях являются (Light, 1983):

• метастазы опухоли в плевру и значительное увеличение прони­цаемости ее сосудов;

• обструкция метастазами лимфатических сосудов и резкое сни­жение резорбции жидкости из плевральной полости;

• поражение лимфоузлов средостения и уменьшение оттока лим­фы из плевры;

• обструкция грудного лимфатического протока (развитие хилоторакса);

• развитие гипопротеинемии вследствие раковой интоксикации и нарушения белковообразовательной функции печени.

Плевральный выпот опухолевой природы имеет достаточно ха­рактерные особенности:

• постепенное развитие выпота и остальной клинической симп­томатики (слабость, анорексия, похудание, одышка, кашель с отделением мокроты, нередко с примесью крови);

• обнаружение достаточно большого количества жидкости в по­лости плевры и быстрое ее накопление после проведенного плевроцентеза;

• выявление с помощью компьютерной томографии или рентгено­графии (после предварительного удаления экссудата из плевраль­ной полости) признаков бронхогенного рака, увеличения медиастинальных лимфоузлов, метастатического поражения легких;

• геморрагический характер выпота; при злокачественной лимфоме - часто наблюдается хилоторакс;

• соответствие плеврального выпота всем критериям экссудата и очень часто низкое содержание глюкозы (чем ниже уровень глюкозы в экссудате, тем хуже прогноз для больного);

• обнаружение в плевральном выпоте злокачественных клеток; це­лесообразно анализировать несколько проб плевральной жидко­сти для получения более достоверных результатов;

• выявление в плевральной жидкости раково-эмбрионального антигена.

 При отсутствии злокачественных клеток в плевральном экссудате и подозрении на опухолевый процесс следует проводить торакоскопию с биопсией плевры и последующим гистологическим исследованием.

#### Плевриты при системных заболеваниях соединительной ткани

 Экссудативные плевриты - нередкое проявление **системных заболеваний соединительной ткани. *Системная красная волчанка*** (СКВ) до 50% случаев протекает с поражением плевры. Плевральный выпот у таких больных чаще двусторонний, экссудат серозный, лимфоцитарный. Обнаружение клинико-лабораторных признаков СКВ, особенно противоядерных антител и LE-клеток, позволяет установить природу плеврита. Особенностью волчаночного плеврита является высокая эффективность кортикостероидной терапии. Экссудативный плеврит при ***ревматоидном полиартрите*** имеет наклонность к хроническому рецидивирующему течению. Экссудат серозный, лимфоцитарный, с низким содержанием глюкозы и высокими титрами ревматоидного фактора. Эффективность применения кортикостероидов непостоянная. В диагностике важен учет других проявлений ревматоидного полиартрита. Экссудативный плеврит при ***ревматизме*** имеет минимальное количество специфических признаков. Диагностика основана на учете клиники ревматизма и исключении других возможных причин плеврита. При гистологическом исследовании биоптатов плевры специфические гранулемы обнаруживаются очень редко.

**ПЛЕВРИТЫ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Системная красная волчанка** | **Ревматоидный артрит** | **Ревматизм** |
| Двусторонний выпот | Серозный выпот | Возможно хроническое течение |
| Серозный | Низкое содержание глюкозы в выпоте | Клиника ревматизма |
| Лимфоцитарный | Высокие титры Ревм. Фактора | Диагностика методом исключения других причин |
| Противоядерные антитела | Эффект от кортикостероидов непостоянный |  |
| LE-клетки |  |  |
| Высокая эффективность кортикостероидов |  |  |

  **Также наблюдаются плевриты**:

* плеврит при синдроме Мейгса;
* плеврит при системных заболеваниях соединительной ткани;
* плеврит при остром панкреатите;
* плеврит при уремии;
* лекарственный плеврит. Плевральный выпот может появиться при лечении гидралазином, новокаинамидом, изониазидом, хлорпромазином, фенитоином, иногда при приеме бромокриптина. К появлению выпота приводит длительное лечение этими препаратами.Обычно имеется также и лекарственное поражение легких.
* эмпиема плевры (гнойный плеврит);
* плевральные выпоты при тромбоэмболии легочной артерии;
* хилоторакс – это хилезный плевральный выпот, т.е. скопление в плевральной полости лимфы. Основными причинами хилоторакса являются повреждение грудного лимфатического протока (во время операций на пищеводе, аорте и при травмах), а также блокада лим­фатической системы и вен средостения опухолью (чаще всего лимфосаркомой). Развитие хилоторакса также чрезвычайно характерно для лимфангиолейомиоматоза.
* псевдохилезный плевральный выпот (псевдохилоторакс) **—** это накопление в плевральной полости мутной или молочного цвета жидкости, содержащей большое количество холестерина, при этом нет повреждения грудного лимфатического протока.

## Программа обследования

I. Общий анализ крови, мочи.

II Биохимический анализ крови: определение содержания общего белка, белковых фракций, билирубина, аминотрансфераз, хо­лестерина, глюкозы, лактатдегидрогеназы, серомукоида, гаптоглобина, фибрина, сиаловых кислот, волчаночных клеток, ревматоидного фактора.

III Рентгенологическое исследование легких икомпьютерная томография легких.

IV УЗИ сердца.

V ЭКГ.

VI Плевральная пункция и исследование плевральной жидкости:

оценка физических и химических свойств (определение белка, лактатдегидрогеназы, лизоцима, глюкозы), цитологическое и бактериологическое исследование.

VII Консультация фтизиатра.

***Литература:***

1. Туберкулез у детей и подростков: Руководство для врачей/Под ред. Янченко Е.Н., Греймер М.С. – Изд. 2-е, перераб. и доп.- СПб.: Гиппократ, 1999. – 336 с., ил.
2. Тюхтин Н.С., Полетаев С.Д. Плевриты / Болезни органов дыхания. Под ред. Н.Р.Палеева. М.: Медицина 1989;2:339-97.
3. Соколов В.А. Плевриты. Екатеринбург, 1998.
4. А.Н. Окороков Диагностика болезней внутренних органов. Том 3, Москва, 2001г.