

Плевральный выпот: наиболее частые причины

Плевральный выпот – это синдром скопления жидкости в плевральной полости, обусловленный заболеваниями внутренних органов, различными по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и методам лечения. Частота данного синдрома, по данным статистики, составляет 300–320 случаев на 100 тыс. населения. Это одна из наиболее распространенных патологий в терапии, встречающаяся у каждого 10-го пациента, обратившегося к врачу. При подозрении на наличие жидкости в плевральной полости врачу необходимо в первую очередь подтвердить наличие жидкости и определить ее количество, затем, используя данные клинической картины заболевания, результаты клинико-функциональных и лабораторных методов исследования, построить дифференциально-диагностический ряд и выявить причину данного синдрома. Умение грамотно проанализировать данные анамнеза, клинико-функциональных методов обследования и правильно интерпретировать результаты исследования плевральной жидкости позволяет в 90% случаев правильно поставить диагноз и назначить эффективное лечение. Дифференциальный ряд наиболее частых причин плеврального выпота представлен в табл. 1.

Более подробно читайте на сайте OMNIDOC.TOR.RU:
Карнаушкина М.А., Струтынская А.Д. Плевральный выпот.
Consilium Medicum. 2019; 21 (3): 21–26.
DOI: 10.26442/20751753.2019.3.190214

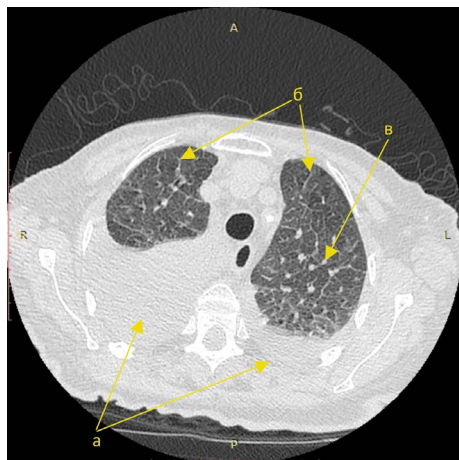


Рис. 1. Массивный двухсторонний плевральный выпот (а) у пациента с интерстициальным отеком легких. Междольковые перегородки равномерно утолщены (б), сочетается с утолщением перибронховаскулярного интерстиция (в). Повышение плотности легочной ткани вследствие затруднения лимфотока, с невыраженным переднезадним градиентом.

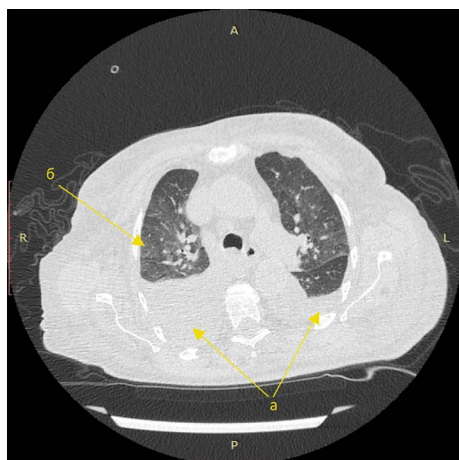


Рис. 2. Массивный двухсторонний плевральный выпот (а) у пациента с альвеолярным отеком легких. Отмечается неоднородное повышение плотности легочной ткани – симптом матового стекла (б), в меньшей степени в субплевральных отделах.

Таблица 1. Дифференциальный ряд наиболее частых причин плеврального выпота

Этапы диагностического поиска	Сердечная недостаточность	Парапневмонический плеврит	Туберкулезный плеврит	Опухолевый плеврит
Анамнез и жалобы	В анамнезе – заболевания сердечно-сосудистой системы. Одновременно выявляются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу	Острое начало. Фебрильная температура, боли в грудной клетке, кашель со слизистогнойной мокротой. Аускультативно: часто влажные звонкие хрипы	Острое или подострое начало. Молодой возраст, в анамнезе – контакт с больным туберкулезом, хорошая переносимость температуры, симптомы интоксикации, сухой кашель	Подострое или хроническое начало. Слабость, одышка, боли в грудной клетке
Клинико-лабораторные методы обследования	Анализ крови в пределах нормы. ЭхоКГ – снижение фракции выброса Интерстициальный отек: диффузное повышение плотности легочной паренхимы, утолщение междольковых перегородок вследствие отека (интерлобулярный ретикулярный паттерн), утолщение перибронховаскулярного интерстиция; возможно утолщение костальной и междольковой плевры, плевральный выпот (рис. 1). Альвеолярный отек: фокальное или диффузное повышение плотности легочной паренхимы, различной интенсивности, в том числе появление несегментарных очагов консолидации с нечеткими контурами, сохранением воздушной бронхограммы. Крайнее выражение альвеолярного отека – симптом «темных бронхов»: воздушная бронхограмма на фоне тотальной консолидации легочной паренхимы; симптом «крыльев бабочки» (при реконструкции в коронарной плоскости), плевральный выпот. Возможно нарастание кардиомегалии, расширение магистральных сосудов (рис. 2)	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ Плевральный выпот + КТ-признаки пневмонии: повышение плотности легочной ткани, с выраженной бронхограммой, чаще всего соответствующей анатомическим границам доли или долей легкого (рис. 3). Признак «расслоения плевры» – возникает при эмпиеме плевры, когда фибрин откладывается на плевральных листках, в связи с чем париетальная и висцеральная плевры становятся хорошо различимы на КТ на фоне экссудата	Лейкоцитоз, ускорение СОЭ Плевральный выпот + проявления специфического инфекционного процесса: полиморфные склонные к слиянию очаги, инфильтративные изменения в легочной ткани, с очагами отсева, крупные одиночные очаги с элементами казеозного некроза; обширная казеозно-некротическая реакция; диссеминация; возможно – кальцинаты в лимфатических узлах и/или плевре. Характерно субплевральное расположение очагов, утолщение междольковых перегородок (интерлобулярный ретикулярный паттерн), иногда – лимфогенное диссеминирование – перилимфатический паттерн распределения узелков.	Ускорение СОЭ Плевральный выпот + опухолевый процесс в легком и/или плевре. Признаки наличия опухоли легкого: расширение и деформация корня легкого, сужение просвета бронха, очаг или инфильтрат в легочной ткани с неровными лучистыми контурами и отсутствием бронхограммы, лимфоаденопатия. Признаки опухолевого процесса в плевре: опухоль плевры – образование плевры мягкотканой плотности; образующие острые углы с прилежащей плеврой и смещающие окружающие ткани плевральные метастазы: узловое диффузное утолщение плевры, или диффузное утолщение париетальной плевры более 1 см, или диффузное утолщение плевры с вовлечением в патологический процесс медиастинальной плевры. NB! При первичном выявлении нескольких признаков в комбинации: злокачественное диффузное утолщение плевры (критерии см. выше) + плевральный выпот + кальцинаты в плевре – наиболее вероятным диагнозом является «мезотелиома плевры»
КТ-признаки	Не проводится	Не изменена	Уплотнение (неравномерное)	Бугристые, неровные контуры, узловое образование
Состояние плевры (при КТ ОГК с контрастированием)	Не проводится	Не изменена	Уплотнение (неравномерное)	Бугристые, неровные контуры, узловое образование
Исследование плеврального выпота	Не проводится	Клеточный состав выпота – преимущественно нейтрофильный, при микробиологическом исследовании возможно установление возбудителя	Серозный или псевдохилизный экссудат. Клеточный состав жидкости – лимфоцитарный	Характер выпота может быть геморрагический, однако не исключается лимфоцитарный

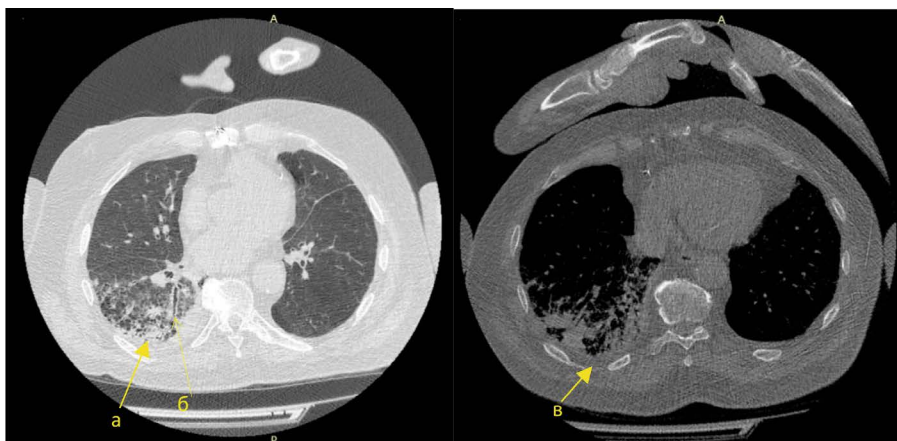


Рис. 3. Парапневмонический плеврит у пациента с нозокомиальной пневмонией. Полисегментарная консолидация в нижней доле правого легкого (а) в сочетании с центрилобулярной эмфиземой, стенки бронхов утолщены (б). Определяется свободная жидкость в правой плевральной полости в небольшом объеме (в).