



УДК 616.25-002-07

Н.Г. ШАМСУТДИНОВА¹, Е.В. ДЬЯКОВА², В.И. ИЛЬИНСКИЙ², Л.И. МИНГАЗОВА², Н.С. СПИРИДОНОВА²¹Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49²Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138

Трудности дифференциальной диагностики плеврита. Клинический пример

Шамсутдинова Наиля Гумеровна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии, тел. (843) 237-36-18, e-mail: nailya@e-diva.ru**Дьякова Екатерина Валерьевна** — врач пульмонологического отделения, тел. (843) 231-21-58, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru**Ильинский Виктор Игоревич** — заведующий пульмонологическим отделением, тел. (843) 231-21-58, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru**Мингазова Лилия Илмасовна** — врач пульмонологического отделения, тел. (843) 231-21-58, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru**Спиридонова Надежда Сергеевна** — врач пульмонологического отделения, тел. (843) 231-21-58, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru

В статье представлен клинический пример, демонстрирующий сложный путь дифференциальной диагностики плеврита у пациента с ревматоидным артритом. Описаны основные характеристики синдрома плеврального выпота у больных с ревматоидным артритом.

Ключевые слова: плеврит, ревматоидный артрит, дифференциальная диагностика.**N.G. SHAMSUTDINOVA¹, E.V. DYAKOVA², V.I. ILINSKIY², L.I. MINGAZOVA², N.S. SPIRIDONOVA²**¹Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012²Republican Clinical Hospital of the MH of RT, 138 Orenburgskiy Tract, Kazan, Russian Federation, 420064

Difficulty in differential diagnosis of pleuritis. Clinical case

Shamsutdinova N.G. — Cand. Med. Sc., Assistant of the Department of Hospital Therapy, tel. (843) 237-36-18, e-mail: nailya@e-diva.ru**Dyakova E.V.** — doctor of Pulmonology Department, tel. (843) 231-21-58, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru**Ilinskiy V.I.** — head of Pulmonology Department, tel. (843) 231-21-58, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru**Mingazova L.I.** — doctor of Pulmonology Department, tel. (843) 231-21-58, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru**Spiridonova N.S.** — doctor of Pulmonology Department, tel. (843) 231-21-58, e-mail: rkb_nauka@rambler.ru

The article presents a clinical case that demonstrates a complex way the differential diagnosis of pleuritis in a patient with rheumatoid arthritis. The basic characteristics of the syndrome of pleural effusions of patients with rheumatoid arthritis described in the article.

Key words: pleuritis, rheumatoid arthritis, differential diagnosis.

Синдром плеврального выпота представляет сложную задачу в плане дифференциальной диагностики, поскольку спектр заболеваний, проявляющихся данным синдромом, весьма разнообразен. Это большая гетерогенная группа воспалительных, застойных, опухолевых, диспротеинемических выпотов, плевральные выпоты вследствие нарушения целостности плевры и прочего. Плевральный выпот всегда является маркером осложненного течения основного заболевания и, соответственно, требует усиления объема проводимой терапии или даже изменения стратегии лечения. Гетерогенность заболеваний, сопровождающихся или проявляющихся плевральным выпотом, определяет важность дифференциальной диагностики плевральных выпотов [1].

Представляем клинический пример, демонстрирующий сложный путь дифференциальной диагностики синдрома плеврального выпота.

Пациент И., 55 лет, поступил в пульмонологическое отделение РКБ МЗ РТ с жалобами на одышку смешанного генеза, боли в грудной клетке, сухой кашель. Пациент страдает ревматоидным артритом (РА) в течение 10 лет, наблюдался у ревматолога. В течение этого времени принимал метотрексат 10 мг в неделю внутрь, фолиевую кислоту 5 мг в неделю внутрь, периодически — нестероидные противовоспалительные препараты. Девять месяцев назад впервые появились одышка, лихорадка до 40°C, кашель. Пациент госпитализирован в терапевтический стационар, где впервые были выявлены двусторонний гидроторакс, гидроперикард, эмпие-

ма плевры. Получал антибактериальную терапию, проводилось дренирование плевральных полостей. После выписки находился на амбулаторном лечении. На фоне проведенного лечения позитивной динамики не наблюдалось. В течение нескольких месяцев неоднократно консультирован онкологом, фтизиатром — данные за злокачественные новообразования и специфическое воспаление не выявлены. В течение последних двух месяцев к плану лечения добавлен преднизолон в дозе 20 мг/сут. внутрь ежедневно. Далее поступает в пульмонологическое отделение РКБ МЗ РТ для уточнения диагноза и коррекции лечения.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. При перкуссии легких — притупление звука в нижних отделах справа до угла лопатки. Аускультативно в легких дыхание жесткое, в нижних отделах справа ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Артериальное давление 130/90 мм рт.ст. Пульс 91 удар в минуту, ЧСС 91 удар в минуту. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Костно-мышечная система: припухания лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов с двух сторон. Болезненность при пальпации лучезапястных, локтевых суставов, проксимальных межфаланговых суставов справа. Ульнарная девиация кистей. Ревматоидные узелки в области локтевых суставов справа и слева.

Данные лабораторных исследований: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,66 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $10 \cdot 10^9/л$ (палочкоядерные 3%, сегментоядерные 83%, эозинофилы 1%, лимфоциты 6%, моноциты 7%), тромбоциты 234000/мкл, СОЭ 51 мм/ч. В общем анализе мочи изменений не выявлено. В иммунограмме определено повышение уровня С-реактивного белка до 71,4 мг/мл (норма до 3 мг/мл), повышение значения ревматоидного фактора до 512 МЕ/мл (норма до 8 МЕ/мл). Биохимические показатели функции печени и почек были не изменены.

УЗИ плевральных полостей: в правой плевральной полости визуализируется жидкость толщиной 39 мм. Локализация: в заднем синусе. Содержимое ячеистой структуры. В левой плевральной полости визуализируется жидкость толщиной 24 мм. Локализация: в заднем синусе. Содержимое ячеистой структуры. С лечебно-диагностической целью проведена пункция плевральной полости. В результате общего анализа плевральной жидкости — мутная жидкость желтого цвета с удельным весом 1024. Проведенная проба Ривальта — положительная, белок 13,2 г/л, микроскопически обнаружены лейкоциты 20-24 в поле зрения и эритроциты 45-48 в поле зрения. Анализ мокроты: цвет серый, характер слизистый, микроскопическое исследование: лейкоциты 3-5 в поле зрения, эпителиальные клетки 5-7-9 в поле зрения, флора кокковая. На рентгенограмме органов грудной клетки двусторонний пневмосклероз. Костодиафрагмальные синусы затенены за счет интенсивных уплотнений с четкими неровными косыми верхними контурами теней. Проведена фибробронхоскопия с последующим цитологическим исследованием аспирата из ветвей В 1-2 правого легкого. В результате исследования клетки бронхиального эпителия без особенностей, кислотоупорные палочки не обнаружены.

При проведении эхокардиоскопии выявлено наличие жидкости в полости перикарда, небольшая гипертрофия миокарда левого желудочка, нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка, митральная регургитация первой степени, трикуспидальная регургитация первой-второй степени, уплотнение стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов, незначительная аортальная регургитация.

На рентгеновской компьютерной томографии легких визуализированы РКТ-признаки двухстороннего плеврального выпота, выпота в полости перикарда, пневмофиброзных метатуберкулезных изменений легких, загрудинной лимфоаденопатии.

Во время стационарного лечения пациент консультирован фтизиатром РКБ МЗ РТ, в результате чего дано заключение о том, что клинико-лабораторных данных за специфический воспалительный процесс нет.

У пациента проводилась дифференциальная диагностика между полисерозитом при ревматоидном артрите и специфическим процессом с вовлечением плевры. Учитывая клинические и лабораторные данные: высокую активность ревматоидного артрита, наличие ревматоидных узелков, высокий титр ревматоидного фактора (повышение более, чем в 30 раз), мужской пол, средний возраст пациента, больше данных за внесуставные проявления при ревматоидном артрите (плеврит, перикардит).

Ревматоидный артрит — аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов. По данным обзора CohenandSahn, частота поражения плевры у больных РА составляет около 5%, однако ряд других авторов показывает, что при рентгенографическом обследовании грудной клетки поражения плевры диагностированы у 24% мужчин и 16% женщин с РА. Большинство пациентов с РА с поражением плевры составляют мужчины среднего возраста, с высокими титрами ревматоидного фактора, наличием ревматоидных узелков, более частой распространенностью HLA-B8, Dw3.9-12. Наиболее типичным выявлен односторонний характер поражения, чаще слева, хотя есть и описания двусторонних поражений. Характерны болевой синдром, одышка, лихорадка (примерно у трети пациентов). Плевральный выпот присоединяется после установления диагноза РА и в 25% случаев может предшествовать заболеванию или появляться одновременно с манифестацией суставного синдрома. Как правило, плевральный выпот при РА — это экссудат с высокой концентрацией белков. Типичная биохимическая картина хронического плеврального выпота при РА (более 80% случаев) следующая: pH < 7,2, низкий уровень глюкозы (в 80% случаев менее 50 мг/дл), высокий уровень лактатдегидрогеназы (более 1000 Е/л), высокий титр РФ (более чем 1/320), низкий уровень компонентов комплекса, высокая концентрация иммунных комплексов. Примечательно, что в большинстве случаев концентрация РФ в плевральном выпоте выше, чем в сыворотке крови. Плеврит часто ассоциируется с экссудативным перикардитом [2-4].

Таким образом, синдром плеврального выпота требует пристального внимания специалистов различного профиля вследствие всегда потенциально более тяжелого течения основного заболевания либо же присоединения иной патологии, оказывающей влияние на лечение и прогноз.



ЛИТЕРАТУРА

1. Шмелев Е.И. Дифференциальная диагностика плевритов / Е.И. Шмелев // Русский медицинский журнал. — 1999. — №5. — С. 212-216.
2. Ferreiro L., Álvarez-Dobano J.M., Valdés L. Systemic Diseases and the Pleura// Arch. Bronconeumol. — 2011. — Vol. 47(7). — P. 361-370.
3. Balbir-Gurman A., Yigla M., Nahir A.M., Braun-Moscovici Y. Rheumatoid pleural effusion // Arthritis Rheum. — 2006. — Vol. 35(6). — P. 368-78.
4. Cojocaru M., Silosi I., Vrabie C.D., Tanasescu R. Extra-articular Manifestations in Rheumatoid Arthritis // Maedica (Buchar). — 2010. — Vol. 5(4). — P. 286-291.