

Ширинкина А.Е., Бурухина Л.В., Сергеев В.И., Чеклецова Л.И., Гуляев Д.Л.
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия
им. ак. Вагнера Росздрава», ГУЗ Краевой противотуберкулезный диспансер №1
«Фтизиопульмонология», Пермь

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЛЕВРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПЛЕВРЫ

Аннотация

Статья посвящена изучению клиники туберкулезного экссудативного плеврита в зависимости от морфологии специфического воспаления плевры.

Изучена клиника туберкулезного экссудативного плеврита в зависимости от морфологии специфического воспаления плевры. Доказано, что для большинства морфологических форм туберкулезного экссудативного плеврита характерно острое начало. Выявлено, что при изолированном типе воспаления плевры в 100% имеет место экссудативный и экссудативный с фиброзом типы воспаления плевры.

Ключевые слова: туберкулез плевры, патоморфологическая картина, клиника
Keywords: pleura tuberculosis, pathomorphologic picture, clinic

В последнее десятилетие отмечается рост заболеваемости всех форм туберкулеза, в том числе и экссудативного плеврита [3, 52]. По данным ряда авторов, экссудативный плеврит в структуре заболеваемости туберкулезом составляет от 5,5-6,0 до 40-65%, а как самостоятельная форма туберкулеза органов дыхания – до 49,6% [1, 72]. В то же время диагностика туберкулезного экссудативного плеврита нередко бывает несвоевременной [4, 52]. Одной из причин поздней диагностики плевритов с последующим развитием осложнений и хронизацией является стандартное лечение экссудативных плевритов в терапевтических клиниках и недостаточное использование современных малоинвазивных методов диагностики.

В литературе имеются единичные работы о характере морфологических изменений при туберкулезе париетальной плевры. По данным С.Д. Андреевского, В.П. Пузик и др. [2, 163] при значительном преобладании экссудации создаются условия для тканевого повреждения, формируются участки казеозного некроза, что способствует развитию фиброза, формированию спаечного процесса в плевральной полости, оказывающее в дальнейшем влияние на клинический и социальный прогноз [5, 215].

Недостаточно полно изучены вопросы клинических проявлений современного туберкулезного плеврита при различных морфологических изменениях плевры. Знание взаимоотношений между морфологической характеристикой туберкулеза плевры и особенностями клинических его проявлений послужит основанием для коррекции плана лечения с целью улучшения прогноза.

Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 104 пациентов с туберкулезным поражением плевры в возрасте от 14 до 75 лет. Помимо традиционных методов всем больным проводилась трахеобронхоскопия, лучевые методы исследования (УЗИ плевральной полости – неоднократно), туберкулинодиагностика, электрокардиография, пневмотахометрия. Статистическую обработку материалов проводили традиционными методами.

Работа выполнена в областном клиническом диспансере «Фтизиопульмонология» и клинической базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Пермской государственной медицинской академии им. акад. Е.А. Вагнера.

Результаты и обсуждение

Среди обследуемых мужчин было 64 (61,5%), женщин – 40 (38,5%). Средний возраст больных составил $34,4 \pm 1,2$ года.

Анализируя профессиональный статус больных мы установили, что чаще всего туберкулезным плевритом страдали безработные – 45,2%, а из остальных большую часть составили рабочие – 27,9% человек, служащие – 25,3%, в том числе медицинские работники – 10,6%. 13,5% больных пребывали в местах лишения свободы. 21,2% человека ранее работали в условиях профессиональной вредности. Из вредных привычек преобладали табакокурение (55,8%) и употребление алкоголя (25%). Наркомания зарегистрирована у 2,9% больных. Таким образом, туберкулезный плеврит чаще встречался у безработных трудоспособного возраста, из вредных привычек у большинства преобладало табакокурение.

Контакт с больными туберкулезом выявлен у 30,8% пациентов. У подавляющего большинства больных плеврит выявлен при обращении к врачу (93,3%), а при профосмотре и в МЛС заболевание выявлялось одинаково редко (по 2,9%, соответственно). Один человек (0,96%) выявлен при обследовании в ГУЗ Краевой противотуберкулезный диспансер №1 «Фтизиопульмонология» с предварительным диагнозом: Хронический пылевой бронхит, обострение. Эмфизема легких. ЛСН 1/1. Следовательно, основным методом выявления экссудативного плеврита является обследование у участкового врача общей лечебной сети при обращении за медицинской помощью.

У подавляющего большинства пациентов (89,4%) при поступлении имелись жалобы респираторного характера: одышка – у 70,2%, сухой кашель – у 42,3%, – продуктивный кашель – 21,2%, боль в грудной клетке – у 37,5% обследованных. Интоксикационный синдромокомплекс выявлен у 85,6%. Чаще всего больных беспокоили слабость (57,7%), субфебрильная температура (57,7%), потливость (50%) и похудание (49%). В периферической крови у большинства пациентов определялись острофазовые показатели: лейкоцитоз (51,9%), ускоренная СОЭ (73,1%). В сыворотке крови отмечалось увеличение тимоловой пробы и серомукоида у 27,9% и 41,3% человек, фибриногена и СРП – у 39,4% и 36,5% больных соответственно. Таким образом, в клинике современного туберкулезного плеврита ведущими являются одышка и разной степени выраженности интоксикационный синдром, заставляющий больного обратиться к врачу. Однако за патологию в грудной клетке свидетельствуют в большей степени одышка и сухой кашель, боль в грудной клетке в современных условиях не является ведущим признаком туберкулезного плеврита.

Летальный исход зарегистрирован у 2 (1,9%) пациентов. В первом случае пациент умер при явлениях острой сердечной недостаточности в послеоперационном периоде после перикардэктомии. Клинический диагноз: генерализованный туберкулез: панцирный перикардит, двусторонний очаговый туберкулез С1-2 легких, двусторонний экссудативный плеврит, асцит. МБТ -/0. Во втором случае смерть наступила от развития уремической комы, 2-сторонней уремической пневмонии, отека Квинке на фоне противотуберкулезной терапии. Клинический диагноз: правосторонний туберкулезный экссудативный плеврит, МБТ -/0. Хронический гломерулонефрит, обострение. У обоих больных при биопсии плевры был выявлен продуктивный тип воспаления.

Средний срок пребывания больных в стационаре составил $94,5 \pm 7,5$ койко-дней.

Нами проанализировано 108 морфологических исследований у 104 больных. Из них 76 исследований биоптатов плевры, взятых при видеоторакоскопии и 22 – при плеврэктомии. У 10 пациентов биопсия плевры взята дважды: при торакоскопии и последующей плеврэктомии. На основании анализа гистологических исследований плевры мы выделили десять морфологических форм туберкулеза плевры: 1) экссудативный плеврит; 2) экссудативно-продуктивный плеврит; 3) продуктивный

плеврит; 4) экссудативный плеврит с фиброзом; 5) экссудативно-продуктивный плеврит с фиброзом; 6) продуктивный плеврит с фиброзом; 7) экссудативно-продуктивный плеврит с некрозом; 8) продуктивно-некротический плеврит; 9) фибринозный плеврит; 10) эмпиема плевры.

Морфологические формы туберкулеза плевры распределились следующим образом (табл. 1): при первом морфологическом исследовании чаще выявлялись экссудативно-продуктивный (21,4%) и экссудативно-продуктивный плеврит с фиброзом плевры (19,4%). При дальнейшем прогрессировании процесса наблюдалось формирование эмпиемы плевры (70% исследований). Наиболее часто встречающимся типом воспаления при туберкулезном поражении плевры являлся экссудативно-продуктивный вариант (19,4%). Некротические реакции в плевре встречались в 16,3% случаев, фиброзное разрастание соединительной ткани – в 33,7%.

Такие формы, как экссудативный плеврит и экссудативный плеврит с фиброзом плевры наблюдались при изолированном поражении плевры в 100% наблюдений. У пациентов с преобладанием продуктивного компонента, с фиброзом, некрозом и гнойным воспалением в патоморфологической картине плевры чаще имелось сочетание плеврита с туберкулезом легкого (табл. 2).

Острое начало заболевания наблюдалось у 59,3%. У больных чаще отмечалось острое начало при экссудативно-продуктивном и экссудативно-продуктивном туберкулезном плеврите с фиброзом плевры – 21,9% и 18,8% соответственно. Постепенное начало заболевания более характерно при эмпиеме плевры (23,8%) (табл. 3).

В ранние сроки от начала заболевания преобладали формы с экссудативным компонентом, а в более поздние сроки – формы с продуктивным компонентом и фиброзом (табл. 4). Некротические изменения плевры выявляли в ранние сроки от начала заболевания, что не противоречит данным литературы.

При анализе повторных гистологических исследований биоптатов плевры, полученных при плеврэктомии, выявлено следующее: острое и постепенное начало заболевания в этой группе встречается одинаково часто – по 50%. Из морфологических форм наиболее часто встречается эмпиема плевры – у 70% больных, а дебют заболевания у них постепенный в 71,4%. При оперативных вмешательствах у больных регистрировались первоначально формы с преобладанием продуктивного типа воспаления.

Заключение

1. Острое начало характерно для большинства морфологических форм (59,3%). Однако при таких формах, как эмпиема плевры чаще наблюдается постепенное начало заболевания (23,8%).

2. Экссудативный и экссудативный с фиброзом тип воспаления плевры регистрируется при изолированном поражении плевры в 100%.

3. В ранние сроки от начала заболевания преобладают формы с экссудативным компонентом, а в более поздние сроки заболевания – формы с продуктивным компонентом и фиброзом.

4. При повторных оперативных вмешательствах у больных регистрировались первоначально формы с преобладанием продуктивного типа воспаления, поэтому они нуждаются в коррекции схемы лечения, включении препаратов гиалуронидазного действия, назначения физиопроцедур, более широкого использования повторной видеоторакоскопической санации плевральной полости с иссечением сращений с целью предотвращения спаечного процесса в плевральной полости.

Таблица 1

Морфологические формы туберкулеза плевры

Морфологическая форма туберкулеза плевры	Первое гистологическое исследование		Второе гистологическое исследование		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Экссудативная	1	1,0	0	0	1	0,9
Экссудативно-продуктивная	21	21,4	0	0	21	18,4
Продуктивная	12	12,2	0	0	12	11,1
Экссудативная с фиброзом	0	0	2	20,0	2	1,9
Экссудативно-продуктивная с фиброзом	19	19,4	0	0	19	17,6
Продуктивная с фиброзом	15	15,3	1	10,0	15	13,9
Экссудативно-продуктивная с некрозом	1	1,0	0	0	1	0,9
Продуктивно-некротическая	15	15,3	0	0	15	13,9

Фибринозная	5	5,2	0	0	5	4,6
Эмпиема	10	10,2	7	70,0	17	15,7
Всего	98	100,0	10	100,0	108	100,0

Таблица 2

Изолированное и сочетанное поражение плевры при различных
морфологических формах туберкулеза плевры

Морфологические формы туберкулеза плевры	Поражение плевры									
	Все		Изолирова нное		Сочетанное поражение плевры					
					легкие		бронх		внутри грудные лимфатиче ские узлы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Экссудативный	1	0,9	1	0,9	0	0	0	0	0	0
Экссудативно-продуктивная	21	18,4	19	17,6	1	0,9	1	0,9	0	0
Продуктивная	12	11,1	10	9,3	1	0,9	0	0	1	0,9
Экссудативная с фиброзом	2	1,9	2	1,9	0	0	0	0	0	0
Экссудативно-продуктивная с фиброзом	19	17,6	18	16,7	1	0,9	0	0	0	0
Продуктивная с фиброзом	15	13,9	9	8,3	6	5,6	0	0	0	0
Экссудативно-продуктивная с некрозом	1	0,9	0	0	1	0,9	0	0	0	0
Продуктивно-некротическая	15	13,9	14	13	1	0,9	0	0	0	0
Фибринозная	5	4,6	4	3,7	1	0,9	0	0	0	0
Эмпиема	17	15,7	9	8,3	8	7,4	0	0	0	0
Всего	108	100,0	86	79,6	20	18,5	1	0,9	1	0,9

Таблица 3

Начало заболевания при различных патоморфологических формах туберкулеза плевры

Патоморфологические формы туберкулеза плевры	Начало заболевания							
	все		острое		постепенное		бессимптомное	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Экссудативная	1	0,9	1	1,0	0	0	0	0
Экссудативно-продуктивная	21	18,4	14	21,9	7	16,7	0	0
Продуктивная	12	11,1	7	10,9	5	11,9	0	0
Экссудативная с фиброзом	2	1,9	2	3,1	0	0	0	0
Экссудативно-продуктивная с фиброзом	19	17,6	12	18,8	7	16,7	0	0
Продуктивная с фиброзом	15	13,9	10	10,2	5	11,9	0	0
Экссудативно-продуктивная с некрозом	1	0,9	1	1,0	0	0	0	0
Продуктивно-некротическая	15	13,9	10	10,2	5	11,9	0	0
Фбринозная	5	4,6	2	3,1	3	7,1	0	0
Эмпиема	17	15,7	5	7,8	10	23,8	2	100,0
Всего	108	100,0	64	100,0	42	100,0	2	100,0

Таблица 4

Сроки от начала заболевания до биопсии
при различных морфологических формах туберкулеза плевры

Срок от начала до биопсиизаболевания		Морфологические формы туберкулеза плевры									
		Экссудативная	Экссудативно-продуктивная	Продуктивная	Экссудативная с фиброзом	Экссудативно-продуктивная с фиброзом	Продуктивная с фиброзом	Продуктивно-некротическая	Фибриновая	Эмпиема	Все
Срок до видеоторакоскопии	n	1	24	11	0	17	8	11	5	0	66
	M ± m	9,0±0,0	56,3±7,6	38,5±0,5	-	57,7±9,9	67,8±26,6	44,0±10,1	81,4±10,7	-	58,6±5,9
Срок до плеврэктомии	n	0	0	0	2	1	8	4	0	17	32
	M ± m	-	-	-	104,5±34,5	198,0±0,0	219,8±39,3	202,0±85,3	-	496,2±95,7	356,6±58,5

Литература

1. Акопов А.Л. Плевральный выпот при раке легкого / А.Л.Акопов/ Пульмонология. – 2001. – №4. – С. 72-77.
2. Андреевский С.Д. Прогнозирование клинического течения туберкулезного плеврита/ С.Д. Андреевский: Дис. ... канд. мед. наук - Л., 1991. - 163 с.
3. Бурухина Л.В. Динамика основных эпидемиологических характеристик туберкулеза в Пермской области / Л.В. Бурухина, И.П. Корюкина, Д.Р. Хачапуридзе, А.А. Шурыгин и

др.// Материалы I Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье и образование ребенка». – Пермь. – 2002. - С. 52-55.

4. Добровольский С.Р. Диагностика и лечение экссудативного плеврита / С.Р. Добровольский, А.В. Белостоцкий / Хирургия – 2002. – №3. – С. 52-57.

5. Пузик В.П. Патоморфология современных форм легочного туберкулеза / В.П. Пузик, О.А. Уварова, М.М. Авербах/ М., «Медицина», 1973. – 215 с.