

ВОЗМОЖНОСТИ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА

Лишенко В.В., кандидат медицинских наук,
Зайцев Д.А.*,
Волков И.Е., кандидат медицинских наук,
Кукушкин А.В., кандидат медицинских наук,
Заркуа Н.Э., кандидат медицинских наук

Кафедра хирургии им. Н. Д. Монастырского ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава», 193045, г. Санкт-Петербург, пр. Солидарности, д. 4

РЕЗЮМЕ Проанализирован опыт лечения 186 больных с синдромом плеврального выпота. 139 пациентов проходили лечение традиционными методами, а 47 – с применением лечебно-диагностической программы, основанной на использовании торакоскопии под местным обезболиванием. Показано, что применение предложенных лечебно-диагностических мероприятий возможно в любом стационаре, где по штатному расписанию отсутствуют фтизиатрическое и фтизиоторакальное отделения.

Ключевые слова: торакоскопия, синдром плеврального выпота.

* Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: 8-911-095-81-87

Среди пациентов с заболеваниями органов грудной клетки значительную часть составляют больные с синдромом плеврального выпота. Наибольшие трудности возникают при установлении причины накопления жидкости в одной или обеих плевральных полостях, что может наблюдаться более чем при 80 различных заболеваниях [6, 8, 9]. В 30–40% случаев имеет место затянутая или неправильная диагностика [6]. Единственным способом, позволяющим наиболее точно установить причину возникновения синдрома плеврального выпота, является морфологическое исследование [1, 3, 8]. Однако до настоящего времени не существует единого алгоритма обследования пациентов с плевральным выпотом при их выявлении в стационаре, что приводит к диагностическим ошибкам и удлинению срока лечения. Практически не применяется торакоскопия в качестве рутинного исследования, хотя в ряде случаев она может иметь преимущества [2], а эндовидеохирургические вмешательства, в связи со сложностью анестезиологического обеспечения операции, применяются не во всех тех случаях, когда они показаны.

Цель исследования – изучить возможности применения торакоскопии при раннем установлении этиологии синдрома плеврального выпота и улучшить алгоритм диагностики и лечения этого синдрома.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы исходы лечения 139 пациентов (контрольная группа) с синдромом плеврального выпота, госпитализированных в Александровскую больницу Санкт-Петербурга в 2005–2007 гг. Возраст больных составлял от 18 до 85 лет, средний возраст – 52 года. Мужчин было 79, женщин – 60.

Оказание помощи этой категории пациентов опиралось на общепринятые методы обследования (рутинные методы) и лечения, которые применяются в стационарах, не имеющих в своем штате фтизиатрического или фтизиоторакального отделений. Проводилось общеклиническое обследование, рентгенологическая диагностика, плевральные пункции с последующим исследованием плевральной жидкости, исследование мокроты на атипичные клетки и методом флотации на ми-

Lishenko Y.Y., Zaitsev D.A., Volkov I.E., Kukushkin A.Y., Zarkua N.E.

POSSIBILITIES OF THORACOSCOPY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR PLEURAL EXUDATE SYNDROME

ABSTRACT Experience of treatment for 186 patients with pleural exudate syndrome was analyzed. Among them 139 patients were treated by traditional methods and 47 patients were treated with the use of treatment-and-diagnostic program which was based upon thoracoscopy with local anesthesia. It was demonstrated that it was possible to use the suggested treatment-and-diagnostic measures in any hospital which had no phthisiologic or phthisiothoracic units according to the staffing.

Key words: thoracoscopy, pleural exudate syndrome.

кобактерии туберкулеза, ультразвуковое исследование плевральных полостей. При отсутствии противопоказаний выполнялась фибробронхоскопия, в основном в плановом порядке.

Плевральная пункция с исследованием выпота входила в обязательный объем диагностических манипуляций и выполнена всем пациентам. При исследовании выпота оценивались:

- внешний вид плеврального выпота: серозный, серозно-геморрагический, геморрагический (при количестве эритроцитов более $5,0 \times 10^9$ кл./л);
- максимальный объем эвакуированной жидкости;
- общие показатели, определенные по стандартным методикам (лейкоцитарная формула, количество лейкоцитов, удельный вес и уровень белка, содержание ЛДГ, глюкозы, липидов);
- результаты бактериоскопии клеточного осадка на микобактерии туберкулеза с окраской по Цилю – Нильсену;
- результаты ПЦР на микобактерии туберкулеза;
- наличие атипичных клеток.

Основную группу составили 47 пациентов с синдромом плеврального выпота, находившихся на лечении в Александровской больнице в 2008–2009 гг., у которых в протокол лечебно-диагностических мероприятий включена торакоскопия. Возраст пациентов составил от 18 до 75 лет, средний возраст – 46 лет. Мужчин было 31, женщин – 16. В основной группе 43 пациентам выполнена торакоскопия под местным обезболиванием с биопсией плевры или внутриплевральных сращений. У всех больных при поступлении после рентгенологического исследования проведено ультразвуковое исследование плевральных полостей, которое позволило подтвердить наличие жидкости в 100% случаев [8]. Оценивали информативность диагностических исследований, сравнивали результативность выявления этиологии выпота, а также оценивали эффективность лечебной тактики у этих пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностическая программа предусматривала выявление в первую очередь заболеваний, наиболее часто проявляющих себя накоплением плевральной жидкости: туберкулез, пневмония и рак, а также заболеваний, при которых выпот представляет собой трансудат.

В контрольной группе у 29 (21%) пациентов плеврит носил пара- или метапневмонический характер, у 21 (15%) больного обнаружены опухолевые процессы различной локализации, и причиной накопления жидкости стал канцероматоз плевры, у 7 (5%) человек плеврит имел специфический ха-

рактер (у 6 из них доказательством этого явилось исследование выпота методом ПЦР на микобактерии туберкулеза, у 1 больного туберкулезный характер выпота подтвержден многократным исследованием мокроты методом флотации на микобактерии туберкулеза). У 11 (8%) больных плевральный выпот представлял собой трансудат, и накопление жидкости было связано с сердечной недостаточностью различного генеза, тромбоэмболией легочной артерии, нефротическим синдромом, циррозом печени. У 71 (51%) пациента при использовании традиционных методов обследования и лечения этиологию плеврита установить не удалось, они были отправлены в специализированные торакальные отделения или выписаны под наблюдение пульмонолога, фтизиатра по месту жительства. На основе анализа исходов обследования и лечения, которые не вполне нас удовлетворили, систему лечебно-диагностической помощи таким пациентам мы начали строить на основе использования торакоскопии [5].

В основной группе при поступлении пациента первичное ультразвуковое исследование плевральных полостей позволяло определить объем выпота, высказать предположение о его характере, выявить наличие внутриплевральных сращений [4]. После этого намечалась оптимальная точка для пункции и микродренирования плевральной полости по методике Сельдингера [8]. Эвакуация всей жидкости не производилась, а оставлялся объем не менее 300 мл, что давало возможность беспрепятственно ввести троакар в плевральную полость, не повредив легкого. При меньшем объеме выпота существует опасность повреждения легочной паренхимы и возникновения пневмоторакса или пневмогемоторакса. После этой манипуляции выполнялся рентгенологический контроль, который позволял оценить возможность свободного расправления легкого или проявления признаков его ригидности [4]. Торакоцентез осуществлялся троакаром диаметром 5 или 7 мм под ультразвуковым контролем.

Торакоскопия производилась под местной анестезией и с помощью достаточно простого оборудования (торакоскоп либо другой подходящий оптический или фиброоптический инструмент – бронхоскоп, гистероскоп, осветитель и световод). Желательно использование приборов с инструментальным каналом, позволяющих аспирировать остаточную жидкость, осуществить осмотр плевральной полости, выполнить биопсию. Завершалась манипуляция дренированием плевральной полости с подключением к вакуум-аспиратору с разрежением 20–25 см вод. ст.

У 20 пациентов основной группы диагностирован канцероматоз плевры, у 13 экссудативный плев-

рит носил пара- или метапневмонический характер, у 3 причиной образования транссудата стала сердечная недостаточность, у 2 больных этиологию плеврита установить не удалось, вероятно, по причине скудности фрагмента с морфологическими признаками неспецифического воспалительного процесса. Эти пациенты были переведены в специализированные стационары. У 9 человек верифицирован плеврит туберкулезной этиологии (у 4 из них исследовалась активность фермента аденозиндезаминаза (АДА) в плевральной жидкости и торакоскопия с биопсией не выполнялась) (табл. 1).

Этот показатель активности фермента АДА в плевральной жидкости может служить диагностическим критерием специфической природы плеврита. При пороговом уровне активности АДА в 35 ед/л чувствительность метода – 83,3%, специфичность – 100%, эффективность – 90% [7].

Сроки лечения пациентов контрольной группы составили от 7 до 25 суток (в среднем – 16 суток),

основной группы – от 7 до 15 суток (в среднем – 11 суток). Дренаж удалялся через 1–3 дня. Осложнений после проведения торакоскопии не наблюдалось.

Анализ результатов показал, что чувствительность и специфичность морфологических исследований биоптатов, полученных при торакоскопии, были достоверно выше, чем аналогичные показатели цитологического исследования экссудата (табл. 2).

Применение торакоскопии под местным обезболиванием с морфологическим исследованием биоптатов плевры, внутриплевральных сращений, фибринозных напластований позволило установить причину синдрома плеврального выпота в основной группе в 96% случаев против 49% в контрольной, где использовались традиционные методы обследования.

Оптимальным условием для выполнения данных лечебно-диагностических мероприятий является наличие жидкости преимущественно свободного характера или ее ограниченное скопление в коли-

Таблица 1. Этиология плеврального выпота, установленная традиционными методами и с помощью торакоскопии

Этиология плеврита	Традиционные методы обследования и лечения		Лечебно-диагностическая программа с использованием торакоскопии	
	Абс.	%	Абс.	%
Канцероматозный плеврит	21	15	20	43
Неспецифические воспалительные плевриты	29	21	13	28
Туберкулезный плеврит	7	5	9	19
Транссудат	11	8	3	6
Не удалось верифицировать (перевод в спец. стационары)	71	51	2	4
Всего	139	100	47	100

Таблица 2. Чувствительность и специфичность пункционного метода и торакоскопии в установлении причины синдрома плеврального выпота

Этиология плеврита	Параметры	Цитологическое исследование плеврального выпота (пункция)	Гистологическое исследование биоптатов (торакокопия)
Канцероматозный плеврит	Чувствительность, %	38,3	96,6
	Специфичность, %	90,0	96,0
Туберкулезный плеврит	Чувствительность, %	52,1	88,2
	Специфичность, %	97,0	98,8
Неспецифический плеврит	Чувствительность, %	82,0	95,0
	Специфичность, %	40,0	95,9

честве не менее 300 мл для безопасного выполнения торакоцентеза.

На основании результатов исследования разработана лечебно-диагностическая программа оказания помощи пациентам с синдромом плеврального выпота, основанная на комплексном использовании традиционных методов обследования данных больных, обязательном применении ультразвукового исследования плевральных полостей и раннем выполнении первичной торакоскопии с биопсией под местным обезболиванием [5]. Данная программа позволяет повысить эффективность диагностики и лечения плевритов неясного генеза.

ВЫВОДЫ

1. Исследование разработанной нами диагностической и лечебной программы с применением первичной торакоскопии показало ее надежность и высокую эффективность по сравнению с рутинными методами обследования и лечения.
2. Применение предложенного алгоритма диагностики и лечения позволяет сократить сроки верификации диагноза и улучшить результаты лечения пациентов с плевральными выпотами в стационарах, в которых не предусмотрены по штатному расписанию фтизиатрические или фтизиоторакальные отделения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варин А. А., Стрекалис А. К., Ханин А. Л. Заболевания плевры. — Томск : Красное знамя, 2003.
2. Гетьман В. Г. Клиническая торакоскопия. — Киев : Здоровье, 1995.
3. Диагностическая и оперативная торакоскопия / М. А. Алиев [и др.]. — Алма-Ата : Наука, 1988.
4. Ищенко Б. И., Бисенков Л. Н., Тюрин И. Е. Лучевая диагностика для торакальных хирургов : рук-во для врачей. — СПб. : ДЕАН, 2001.
5. Лукомский Г. И., Овчинников А. А., Элис Э. Е. Торакоскопия в диагностике плеврита неясной этиологии // Грудная хирургия. — 1977. — № 1. — С. 56–59.
6. Соколов В. А. Плевриты. — Екатеринбург : Баско, 1998.
7. Ширинкина А. Е. Оптимизация методов диагностики и лечения туберкулезного экссудативного плеврита : дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2009.
8. Щемелев А. А. Видеоторакоскопия в комплексной диагностике и лечении экссудативных плевритов неясной этиологии : дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2007.
9. Эндоскопическая торакальная хирургия / А. М. Шулуто [и др.]. — М. : Медицина, 2006.

Поступила 03.09.2010 г.