

Сейилканов Б.К.

ӨПКӨ ЧЕЛ КАБЫГЫНЫН ДАРТЫН АНЫКТООСУНДА ТОРАКОСКОПИЯНЫН САЛЫМЫ

Сейилканов Б.К.

РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ

B.K. Seyilkanov

TORAKOSKOPIYA ROLE IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT EKSSUDATIVNYKH OF PLEURISY

УДК: 616,25–002,5,155–072,1.

Бул илимий иште өпкө чел кабыгынын дартын айырмалап, дарт аныктоосунда торакоскопия методунун колдонуу зарылчылыгы, өпкө чел кабыгынын туберкулез таякчасы менен сезгенишиндеги эндоскопиялык мүнөздөмөсү көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: кургак учук, өпкө чел кабыгынын дарты, торакоскопия.

В статье отражены результаты и эффективность торакоскопии в комплексе диагностики экссудативных плевритов, а так же показания торакоскопии и эндоскопическая картина при плеврите туберкулезной этиологии.

Ключевые слова: туберкулез, экссудативный плеврит, торакоскопия.

In article results and efficiency of a torakoskopiya are reflected in a complex of diagnostics and treatment the ekssudativnykh of pleurisy, and also indications of a torakoskopiya and an endoscopic picture in case of pleurisy tubercular etiologies.

Key words: tuberculosis, ekssudativny pleurisy, torakoskopiya.

Актуальность исследования. В Кыргызской Республике эпидемиологическая ситуация по туберкулезу продолжает оставаться напряженной. Такая ситуация по туберкулезу обусловлена снижением жизненного уровня, активной внутренней миграцией, отсутствием систематического непрерывного контролируемого лечения и эти факторы усугубляют эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. Последние 3 года с 2014 по 2016 годы отмечается некоторое снижение уровня общей заболеваемости от 101,1% на 100 тыс. населения в 2014 году и в 2016 году этот показатель равен – 98,2% на 100 тыс. населения [отчетные данные РЦИиЭ НЦФ 2016г].

В настоящее время верификация туберкулеза плевры нередко остается сложной задачей и чаще всего основывается на результатах бактериологического и гистологического исследования.

При туберкулезном плеврите по данным литературы микобактерии туберкулеза в посевах экссудата только у 10% - 15% а с использованием торакоскопии и биопсии плевры туберкулез устанавливается 85% - 99% случаях [1,8]. Из всех областей торакальной хирургии именно фтизиохирургия

располагает наибольшим опытом применения торакоскопических операции.

Термин «**торакоскопия**» впервые употребил шведский терапевт профессор Стокгольмского университета Hans Christian Jacobeus, который в 1910г. используя цистоскоп Nitze первым выполнил ревизию плевральной полости.

Торакоскопию применяли как плановое исследование, считая основными показаниями: туберкулез легких и плевры, плевриты неясной этиологии, опухоли и кисты плевры, легкого, средостения, спонтанный и травматический пневмоторакс, эмпиема плевры, инородные тела плевральной полости и субплевральных отделов легкого.

Торакоскопия нашла широкое применение в дифференциальной диагностике плевральных выпотов. Торакоскопия способствовала установлению этиологии плеврита, когда торакоцентез, пункционная биопсия плевры не позволяли определить его причину. При эндоскопическом исследовании плевральных полостей в 97 % можно с уверенностью исключить опухоль и в 99% - туберкулез [7, 8]. Торакоскопия выполняется у большинства больных с эмпиемой плевры в гнойно-фибринозной стадии. Суть операции заключается в ликвидации фибриновых шварт, плевропульмональных сращений и санации плевральной полости.

Цель исследования: оценить эффективность торакоскопии в диагностике экссудативных плевритов.

Материалы и методы

Материалом служат вновь выявленные больные с экссудативным плевритом, прошедшие обследование и лечение в легочно-хирургическом отделении НЦФ при МЗ КР. Обследование больных проводилось с применением комплекса общеклинических, рентгенологических, лабораторных методов исследования.

Под нашим наблюдением находились 126 больных с экссудативным плевритом.

На первом этапе: проводился сбор жалоб, анамнез заболевания, рентгенография органов грудной клетки (в прямой и боковой проекциях), клиническое обследование.

Жалобы при поступлении боли в грудной клетке 105 (83.3%) больных, одышка 118(93,6%),

слабость и утомляемость 102(80,9%), повышение температуры тела – 98(77,7%), сухой кашель - 84 (66,6%), потерю в весе – 71 (56,3%). Боли в грудной клетке на стороне поражения и ощущения тяжести отмечали почти все больные. Одышка является наиболее распространенным проявлением, и она проявлялась разной интенсивности и обусловлено, прежде всего, ограничением дыхательной поверхности из-за поджатия ткани легкого, экссудатом. Сухой кашель имеет рефлекторный характер. Наличие таких симптомов, как слабость и утомляемость, потеря веса определялись длительно текущей интоксикацией.

Рентгенологические признаки экссудативного плеврита; высокое стояние купола диафрагмы, отставание его при глубоком вдохе, ограничение подвижности нижних легочных границ, тупой срезанный реберно-диафрагмальный угол и затемнение в нижних отделах. В наружных отделах жидкости больше, поскольку легкое поджато к корню, что приводит к появлению косой, а не горизонтальной границы тени. Прямая обзорная рентгенография может и не выявить патологии, если объем выпота составляет менее 300 – 400,0 мл. Боковая проекция помогает отличить свободную жидкость от ранее образовавшихся воспалительных спаек выявить выпота объемом 100,0 мл, при рентгеноскопии можно отметить ограничение подвижности купола диафрагмы на стороне поражения. В исследуемой группе учитывалось рентгенологическое описание картины, по которому клинически можно было судить о распространенности выпотного процесса.

На втором этапе проводилось ультразвуковое исследование плевральной полости на наличие выпота, при этом уточнялось объем и точная локализация жидкости.

Обычная рентгенография умеренно чувствительный и специфичный метод диагностики плевритов, так как по рентген снимкам количество жидкости в плевральной полости часто оценивается неверно, а ультразвук позволяет выявить минимальное количество экссудата (50–100мл) в плевральной полости.

При УЗИ определялось дополнительные данные, а именно: наличие спаек в 54 (42,8%), объема выпота 120 (95,2%), наличие фиброзных перегородок – ячеистость, наличие спаек и утолщение плевры у 86 (68,2%) больных.

Таким образом, высокая информативность УЗИ для определения наличия и точной локализации жидкости в плевральной полости позволило использовать ее для дифференциальной диагностики экссудативных плевритов при комплексном обследовании больных.

В третьем этапе проводилось торакоскопия с биопсией плевры при этом произведено эвакуация экссудата из плевральной полости с помощью электроотсоса, осмотр с оптикой париетальной и висцеральной плевры, визуально оценивалось

паренхима легкого, цвет, воздушность, эластичность, размер и характер поражения самой легочной ткани. Выполнялось разрушение межплевральных спаек, сращений с помощью оптики и специальных торакоскопических инструментов.

После разрушения спаек создавалось единая полость и из воспалительных участков париетальной и висцеральной плевры. Прицельно с помощью щипцов и оптики проводилась биопсия плевры для гистологического исследования.

Результаты и обсуждения

Из 126 экссудативным плевритом 72 (57,1%) пациентам выполнена торакоскопия с биопсией плевры для этиологической верификации, которые составили основную группу. В контрольную группу отнесли 54 (42,9) больных, которым диагноз «плеврит туберкулезной этиологии» установлено на лабораторных и клинико-рентгенологических данных.

Таблица 1 – Сроки установления диагноза и длительность пребывания в стационаре больных экссудативным плевритом

| Группы больных | Всего обследовано | Сроки установления диагноза | Длительность пребывания в туб. стационаре. | Сроки организации экссудата. |
|----------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|
| Основная | 72 | В течение 3-х суток | До 20 дней | В течение 10 суток |
| Контрольная | 54 | В течение 10 суток | До 56 дней | В течение 20 суток и более. |

Как видно из таблицы 1, в основной группе 72 (57,1%) больным окончательный диагноз установлен в течение 3-х суток, после выполнения торакоскопии с биопсией плевры. Продолжительность пребывания в стационаре до 20 дней и в течение десяти суток организация экссудата в плевральной полости. Туберкулез плевры при гистологическом исследовании установлен у 63 (87,5%) пациентов, у 7 (9,7%) – неспецифический парапневмонический плеврит и 2 (2,8%) случаях – злокачественная мезотелиома.

В контрольной группе 54 больным (42,8%) диагноз был установлен в течение 10 суток и находились в стационаре до 56 дней.

Таблица 2 – Распределение больных по полу и возрасту

| Этиология плеврита | Число больных | До 40 лет | | Старше 40 лет | | Мужчины | | Женщины | |
|--------------------|---------------|-----------|------|---------------|-------|---------|-------|---------|------|
| | | Абс. ч. | % | Абс. ч. | % | Абс. ч. | % | Абс. ч. | % |
| Туберкулез | 63 | 54 | 85,7 | 9 | 14,3 | 46 | 73,1 | 17 | 26,9 |
| Неспецифический | 7 | 2 | 28,5 | 5 | 71,5 | 4 | 57,1 | 3 | 42,9 |
| Опухолевый | 2 | | | 2 | 100,0 | 2 | 100,0 | | |

Как видно из таблицы 2, больные туберкулезным плевритом были до 40 лет 54 (85,7%), в наиболее молодом и трудоспособном возрасте. При

распределении по полу преобладали лица мужского пола 46 (73,1%).

Правосторонний экссудативный плеврит в основной группе 39 (54,2%), левосторонний – у 33 (45,8%), а в контрольной группе накопление выпота в правой плевральной полости у 31 (57,5%) и слева – у 23 (42,5%).

При сравнении плевритов различной этиологии выявлены различия. Давность заболевания экссудативным плевритом туберкулезного генеза составило от 10 дней до 1 месяца. Эндоскопическая картина при осмотре с оптикой туберкулезном плеврите: парие- тальная и висцеральные плевры покрыты нежным слоем фибрина, межплевральные шварты и мелкие бугорковые высыпания белого цвета по всей поверхности плевры. При неспецифическом плеврите фибриновые наложения, спайки, шварты отсутствуют, плевро гладкая, бледно розового цвета и отчетливо виден сосудистый рисунок. Бугристые волнообразные изменения и выпячивание на плевре характерны для опухолевого плеврита. Из 72 больных при торакокопии с биопсией плевры у 6-х пациентов диагностировано панцерное легкое, кото- рым в последующем выполнена операция плевро- эктомия с декортикацией легкого.

Заключение

На оснований вышеуказанного следует считать:

- Торакокопия является важным методом в комплексе диагностике плевритов.
- Диагностическая торакокопия обязательна всем больным экссудативным плевритом, особенно при затяжном течении.
- Применением метода торакокопии с биопсией окончательный диагноз установлен в течение трех суток, что способствовало дальней- шему специализированному лечению.

Литература:

1. Аветисян А.О., Александрова Н.И., Дайновец А.В. и др. Дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита. Еще раз о выявлении и диагностике туберку- леза // Докл. науч.-практ. конф.– СПб., 2007.– С. 84-91.
2. Авилова О.М., Гетман В. Г, Макаров А.А. Торакоко- пия в неотложной гнойной хирургии. – Киев: Здоровья, 1986. – 128 с.
3. Вишневецкий А.А., Стрекаловский В.П., Пикунов М.Ю. Первый опыт видеоторакокопических вмешательств – удаление доброкачественных образований легких и средостения // Грудная и сердечно-сосудистая хирур- гия. – СПб., 1997. – С. 57-60.
4. Жук Б.М. Торакокопия в диагностике некоторых забо- леваний грудной клетки (экспериментально-клини- ческое исследование): автореф. дис.... канд.мед.наук. – Днепропетровск, 1968. – 23 с.

Рецензент: к.м.н. Разаков О.Р.