

ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ: ТАКТИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Сандаков Яков Павлович

Аспирант кафедры

ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава»

Sand_2004@mail.ru

Проблема диагностики и лечения экссудативного плеврита остается актуальной, прежде всего в связи с увеличением количества больных выпотным плевритом (В.А. Черкасов и соавт. 2003).

Цель исследования: повышение качества лечения больных экссудативным плевритом на основе оптимизации применения диагностических методик и раннего моделирования процессов санации.

Отделение торакальной хирургии Пермской Краевой клинической больницы занимается совершенствованием диагностики и лечения экссудативного плеврита более 30 лет. В течение последних 3-х лет хирургическая тактика была изменена, всем пациентам после рентгенологического исследования в экстренном порядке выполняли торакоскопию, в обязательном порядке производили полибиопсию плевры, дренирование. Обследовано более 250 пациентов с диагнозом экссудативный плеврит, 80% поступивших была произведена торакоскопия с полибиопсией плевры (биопсия висцеральной и париетальной плевры из разных мест) в день госпитализации, в остальных случаях плеврит был купирован пункционно. В нескольких случаях при наличии тяжелой сопутствующей патологии плевральная полость была дренирована без осмотра. При гистологическом исследовании взятого материала в 21% случаев обнаружены эпителиоидноклеточные гранулемы, в остальных биоптатах выявлены признаки неспецифического воспалительного процесса (фибрин, лейкоциты). По этиологии плевриты распределились следующим образом: 36% - мета- и пара- и постпневмонические, 27% посттравматические, 21% туберкулезные, 10% опухолевые, 2% реактивные *(кардиогенные, после АКШ, ТЭЛА). Серозный экссудат обнаружен в 80% случаев (соломенно-желтого цвета, прозрачный без запаха), гнойный в 20%. Также проводилось исследование цитологического состава выпота, т.к в большинстве случаев плеврит был неосложненный, нейтрофилы представляли фракцию до 35%, остальное количество клеток представляли лимфоциты до 65%. Биохимическое исследование экссудата проводилось по следующим показателям: ЛДГ, амилаза, неорганические фосфаты, Калий, Натрий, глюкоза. Вышеперечисленные показатели сравнивались по количеству в экссудате и сыворотке крови в динамике (при поступлении, 1-е, 3-и, 5-е сутки, далее в зависимости от течения процесса, максимум до 18-х суток). Мониторинг биохимических показателей экссудата позволил отслеживать течение процесса в динамике и корректировать терапию. Также проводился селективный тест плеврального экссудата на микобактерии туберкулеза - ПЦР, последний оказался положительным в 50% случаев у больных с подозрением на туберкулезную природу процесса. Возраст больных варьировал от 15 до 76 лет. Длительность заболевания до госпитализации в специализированное отделение в среднем составляла 28 дней (от 3 до 120 дней). Количество удаленной из плевральной полости жидкости при торакоскопии колебалось в пределах от 60 мл до 4500 мл и, в среднем, составляло 560 мл. Визуально гранулематозные высыпания на плевре были выявлены лишь у 1/3 больных. Специфический плеврит в 5 случаях сочетался с различными формами туберкулеза легких (туберкулома – 1, инфильтративный туберкулез – 4). Экссудация из плевральной полости после торакоскопии и дренирования плевральной полости, в среднем, продолжалась 4.5 дня, при минимуме 2 дня и максимуме 24 дня.

Таким образом, раннее применение видеоторакоскопии с полибиопсией плевры при экссудативном плеврите позволяет сократить сроки обследования и лечения за счет ранней морфологической верификации диагноза.