

УДК 616.25-003.2-089-072.1

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

С.А. Плаксин, Л.И. Фаршатова*

*Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера,
г. Пермь, Россия*

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC OPPORTUNITIES OF VIDEOTHORACOSCOPY IN PLEURAL EFFUSION OF DIFFERENT ETIOLOGY

S.A. Plaksin, L.I. Farsbatova*

Academician Ye.A. Vagner Perm State Medical University, Russian Federation

Цель. Оценить диагностическую и лечебную ценность видеоторакоскопии у пациентов с плевральными выпотами различной этиологии.

Материалы и методы. Обобщен опыт хирургического лечения 244 пациентов, которым была выполнена видеоторакоскопия (ВТС) по поводу плевральных выпотов различной этиологии.

Результаты. Этиология экссудативного плеврита была достаточно разнообразна, однако у 110 пациентов (45,1 %) причиной накопления экссудата были злокачественные опухоли. Плеврит воспалительного генеза выявлен в 93 случаях (38,1 %), из них у 38 человек специфической этиологии. Не воспалительные плевриты установлены в 18 случаях (7,4 %). В отдельные группы выделены 15 пациентов (6,1 %) с панкреатогенными плевритами и 8 пациентов (3,3 %) с трансудатами (кардиогенными, гепатогенными, нефрогенными).

Выводы. Диагностическая видеоторакоскопия является методом выбора в дифференциальной диагностике плевральных выпотов различного генеза и эффективна в 97,1 % случаев. Видеоторакоскопия позволяет улучшить эффективность установления причины экссудативного плеврита благодаря визуализации изменений плевры и гистологической верификации диагноза.

Ключевые слова. Видеоторакоскопия, плевральный выпот, химический плевродез.

Aim. To estimate the diagnostic and therapeutic value of videothoracoscopy in patients with pleural effusions (PE) of different etiology.

Materials and methods. The experience of surgical treatment of 244 patients, who underwent videothoracoscopy (VTS) for pleural effusions of different etiology, was summarized.

Results. Etiology of exudative pleurisy was rather various, however, in 110 patients (45,1 %) exudation accumulation was caused by malignant tumors. Pleurisy of inflammatory genesis was detected in 93 (38,1 %) cases including 38 cases of specific etiology. Noninflammatory pleurisies were diagnosed in 18 (7,4 %) cases. Fifteen patients (6,1 %) with pancreatogenic pleurisies and eight patients (3,3 %) with transsudates (cardiogenic, hepatogenic, nephrogenic) formed separate groups.

© Плаксин С.А., Фаршатова Л.И., 2017

тел. +7 902 476 94 31

e-mail: splaksin@mail.ru

[Плаксин С.А. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ФДПО; Фаршатова Л.И. – аспирант кафедры хирургии ФДПО].

Conclusions. Diagnostic videothoracoscopy is the method of choice in differential diagnosis of pleural effusions of different genesis and are efficient in 97,1 % of cases. Videothoracoscopy permits to state the cause of exudative pleurisy more precisely owing to visualization of changes in the pleura and possibility to obtain histological verification of diagnosis.

Key words. Videothoracoscopy, pleural effusion, chemical pleurodesis.

ВВЕДЕНИЕ

Пациенты с плевральным выпотом составляют значительную часть среди всех больных с патологией органов грудной полости [2]. Плевральная пункция с аспирацией плевральной жидкости показана всем пациентам с экссудативным плевритом. Однако примерно у 20 % всех больных не удается установить диагноз лишь по результатам исследования плеврального выпота [3, 5]. Именно поэтому за последние два десятилетия видеоторакокопия (ВТС) получила широкое распространение в мире в качестве окончательного этапа диагностики при отсутствии морфологической верификации диагноза экссудативного плеврита [4]. ВТС с биопсией обеспечивает высокую эффективность дифференциальной диагностики плевральных выпотов различной этиологии, которая, по мнению разных авторов, составляет 95,5–100 % [4, 10].

Цель исследования – оценить диагностическую и лечебную ценность видеоторакокопии у пациентов с плевральными выпотами различной этиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В торакальном отделении Пермской краевой клинической больницы в период с 2013 по 2016 г. находилось на стационарном лечении 244 пациента, которым была выполнена ВТС по поводу плевральных выпотов различной этиологии. Возраст больных колебался от

15 до 90 лет (средний возраст – $52,9 \pm 14,6$ г.). Соотношение мужчин и женщин было 1,3:1,0. Средняя продолжительность госпитализации составила $16,3 \pm 10,5$ койко-дней.

Сначала пациентов обследовали традиционными методами: общеклинические анализы, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, в том числе полипозиционное, УЗИ плевральных полостей, диагностическая плевральная пункция, при наличии показаний – компьютерная томография. При неясной природе плеврального выпота выполняли видеоторакокопию (ВТС) с биопсией плевры в условиях общей анестезии. Для купирования плеврита использовали интраоперационный плевродез инсуффляцией порошка талька (рис. 1) или марочным нанесением на плевру трихлоруксусной кислоты. Критериями удаления дренажей служили снижение объема экссудации до 100 мл и менее в сутки, отсутствие поступления воздуха по дренажам и полное расправление легкого, подтвержденное рентгенологически.



Рис. 1. Устройство для инсуффляции талька в плевральную полость во время видеоторакокопии

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Комплексное обследование, включая ВТС с биопсией плевры, позволило у 110 пациентов (45,1 %) диагностировать злокачественный плевральный выпот. Плеврит воспалительного генеза выявлен в 93 случаях (38,1 %), из них у 38 человек специфической этиологии. Невоспалительные плевриты установлены в 18 случаях (7,4 %). В отдельные группы выделены 15 пациентов (6,1 %) с панкреатогенными плевритами и 8 пациентов (3,3 %) с трансудатами (кардиогенными, гепатогенными, нефрогенными).

Из 110 больных, оперированных по поводу злокачественного плеврального выпота, у 86 (78,2 %) были выявлены характерные высыпания на плевре. В 103 случаях (93,6 %) карциноматоз плевры был подтвержден гистологическим исследованием. У оставшихся 7 человек (6,4 %) гистологический анализ плевры выявил лишь продуктивное воспаление. Диагноз бронхолегочного рака был подтвержден при исследовании биоптата, взятого у этих больных при фибробронхоскопии. Повидимому, это связано с параканкротным, воспалительным характером выпота, так как у 6 больных высыпаний на плевре визуализировано не было. По данным литературы, параканкротный плеврит встречается в 5 % случаев [7]. Наиболее частыми локализациями первичной опухоли была молочная железа (31 случай), легкое (29 случаев), яичники (11 случаев). Опухоль молочной железы среди женщин и опухоль легкого среди мужчин были главной причиной метастатического поражения плевры. В 19 случаях причиной злокачественного плеврального выпота послужила аденокарцинома неясной первичной локализации. Другие первичные опухоли были представлены с меньшей частотой: злока-

чественные новообразования почки (3 случая), матки (3), желудка (1), гортани (1), прямой кишки (1), мезотелиома плевры (6), меланомы (1), лимфопролиферативные заболевания (4). У 84 пациентов (76,4 %) видеоторакоскопия завершилась проведением плевродеза. Плевродез тальком (рис. 2) выполняли путем распыления его в плевральной полости (73 человека), трихлоруксусной кислотой – марочным нанесением на париемальную и висцеральную плевру (11 человек).

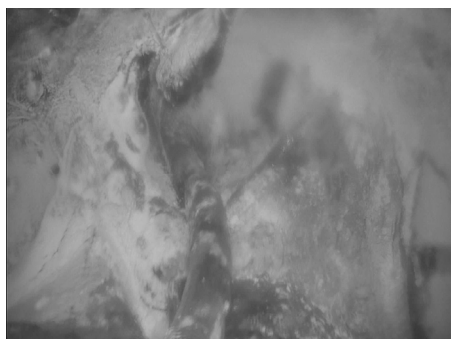


Рис. 2. Плевральная полость после инсуффляции талька

Гистологическое исследование биоптатов плевры в 35 (37,6 %) случаях воспалительных экссудативных плевритов выявило наличие фибринозно-гнойного воспаления, в 20 случаях (21,5 %) – неспецифического продуктивного воспаления, в 38 случаях (40,9 %) – специфического гранулематоза, туберкулеза плевры. У 7 пациентов (7,5 %) ВТС была завершена процедурой плевродеза (у 5 больных – стерильным тальком и у двух – трихлоруксусной кислотой). Следует отметить, что специфические высыпания визуализированы интраоперационно лишь у половины пациентов с туберкулезным плевральным выпотом.

В группу лиц с невоспалительными плевритами вошли 13 человек с посттравматическим плевритом, три – с фрагментированным послеоперационным плевритом

и два – с послеоперационным хилотораксом. При гистологическом исследовании париетальной плевры фибринозно-гнойное воспаление диагностировано в 38,9 % (7 человек) случаев, фибринозное – в 44,4 % (8 человек). У трех больных биопсия плевры не выполнялась. Двум пациентам в связи с рецидивирующим характером посттравматического экссудативного плеврита интраоперационно произведена инсуффляция талька в плевральную полость. Плевродез трихлоруксусной кислотой был выполнен также у двух пациентов: с фрагментированным послеоперационным плевритом и послеоперационным хилотораксом. В 9 из 15 случаев панкреатогенного экссудативного плеврита при ВТС выполнялся плевродез (6 – тальком и 3 – трихлоруксусной кислотой). Высыпания на плевре были обнаружены лишь у одного пациента. Однако гистологический анализ биоптата плевры во всех случаях ферментативного плеврита выявил неспецифическое фибринозное или продуктивное воспаление.

Сведения об использовании химического плевродеза при доброкачественном выпоте довольно противоречивы. Так, принципиальными показаниями для проведения интраоперационного плевродеза считаются хилоторакс, гепатогенные, кардиогенные, нефрогенные плевриты, «не отвечающие» на медикаментозную терапию [8]. В нашем исследовании видеоторакоскопия выполнена 7 пациентам с транссудатами. Четырем из них произведен плевродез тальком и одному трихлоруксусной кислотой. Изменений на плевре визуализировано не было. Морфологически во всех случаях подтвержден неспецифический плеврит.

Осложнения ВТС при экссудативном плеврите отмечались редко (9 человек – 3,7 %), что соответствует литературным дан-

ым [6]. У одного пациента после удаления дренажей развился послеоперационный пневмоторакс. В семи случаях длительное нахождение дренажей в плевральной полости привело к формированию острой эмпиемы плевры, в шести из них с бронхоплевральным свищом. Причиной резистентных к лечению плевритов послужили с одинаковой частотой злокачественные выпоты и постпневмонические плевриты. Только у одного пациента эмпиема развилась на фоне стойкого панкреатогенного плеврита. У одного больного образовался послеоперационный свернувшийся гемоторакс вследствие геморрагии после удаления фрагментированного панкреатогенного плеврита. Повторная ВТС потребовалась также 9 пациентам (3,7 %): четырем – с целью санации эмпиемной полости, двум – по поводу рецидивирующего злокачественного плеврального выпота, по одному – по поводу рецидивирующего панкреатогенного плеврита, с целью выполнения аэростаза, для удаления послеоперационного свернувшегося гемоторакса.

В раннем послеоперационном периоде умерли 5 больных (2,1 %). Двоим из них была выполнена ВТС с плевродезом тальком по поводу злокачественного плеврального выпота. В первом случае смерть наступила в результате прогрессирования явлений дыхательной недостаточности, во втором – от острого инфаркта миокарда, кардиогенного шока. У третьей пациентки, оперированной по поводу свернувшегося гемоторакса, осложнившего плевральную пункцию в районной больнице, канцероматоза плевры, развилось послеоперационное осложнение в виде острой эмпиемы плевры с бронхоплевральным свищом. Смерть наступила вследствие сепсиса, полиорганной недостаточности. Следующий летальный исход на-

ступил от сепсиса у мужчины, оперированного по поводу парапневмонического фрагментированного плеврального выпота. На аутопсии у этого же пациента была выявлена аденокарцинома толстой кишки, тогда как при гистологическом исследовании плевры изменения действительно носили характер неспецифических. У последнего пациента, страдавшего панкреонекрозом, осложненным реактивным плевральным выпотом, летальный исход наступил в результате прогрессирования основного заболевания. Ему были выполнены лапаротомия с санацией брюшной полости, ВТС, плевродез трихлоруксусной кислотой.

Патогистологическое изучение плевральных биоптатов позволило установить природу выпота в 97,1 % случаев. Неоспорима роль видеоторакоскопии в диагностике метастатического поражения плевры [5]. При этом ВТС позволяет под визуальным контролем набрать нужное количество материала, необходимого для иммуногистохимического анализа, из наиболее измененных участков плевры [1].

Обращает на себя внимание, что в нашем исследовании наибольший удельный вес среди всех плевральных выпотов занимают злокачественные плевриты. Полученные данные несколько отличаются от ряда литературных источников, согласно которым видеоторакоскопические вмешательства чаще производятся при плевритах воспалительного генеза – до 43–49 %. [6]. Объяснением этому факту могут служить необоснованное сокращение показаний к ВТС при парапневмонических выпотах, использование при их лечении консервативных методов.

Относительно высокий процент летальных исходов (2,1 %), не свойственный

мини-инвазивным вмешательствам при плевральных выпотах, может быть обусловлен неоправданным завышением показаний к ВТС у инкурабельных онкологических пациентов. Выполнение ВТС с плевродезом нецелесообразно, если у больного низкий общесоматический статус (ЕСОГ 3 или 4) и ожидаемая продолжительность жизни менее 3 месяцев [9].

Выводы

1. Диагностическая видеоторакоскопия является методом выбора в дифференциальной диагностике плевральных выпотов различного генеза и эффективна в 97,1 % случаев.

2. Видеоторакоскопия позволяет улучшить эффективность установления причины экссудативного плеврита благодаря визуализации изменений плевры и получению гистологической верификации диагноза. У каждого пятого пациента со злокачественными плевральными выпотами и у половины больных туберкулезом отсутствуют характерные высыпания на плевре, но биопсия плевры служит морфологической основой для постановки диагноза.

3. Интраоперационный плевродез тальком и трихлоруксусной кислотой высокоэффективен в купировании плевральных выпотов злокачественной, специфической природы и при резистентных к терапии трансудатах.

Библиографический список

1. Афанасьев С.Г., Августинович А.В., Волков М.Ю. Видеоторакоскопия как метод дифференциальной диагностики внутригрудных новообразований. Сибирский онкологический журнал 2010; 2: 9–10.

2. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Лишенко В.В., Зайцев Д.А., Заркуа Н.Э., Михайлов В.И. Торакоскопия в верификации и лечении синдрома плеврального выпота в условиях многопрофильного стационара. Вестник хирургии 2011; 170 (1): 63–65.
3. Клименко В.Н., Чайка О.В., Семиглазов В.В., Николаев Г.В., Ветюгов Д.Н. Видеоторакоскопия в диагностике опухолевых плевритов. Ученые записки Санкт-Петерб. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова 2009; 16 (1): 45–48.
4. Трахтенберг А.Х., Соколов В.В., Пикин О.В. Возможности видеоторакоскопии в онкологической клинике. Российский онкологический журнал 2007; 4: 7–12.
5. Chrysanthidis M.G., Janssen J.P. Auto-fluorescence videothoracoscopy in exudative pleural effusions: preliminary results. Eur Respir J 2005; 26 (6): 989–992.
6. Laws D., Neville E., Duffy J. BTS guidelines for the insertion of a chest drain on behalf of the British Thoracic Society. Thorax 2003; 58: 1153–1159.
7. Sabn S.A. Pleural diseases related to metastatic malignancies. European Respiratory J 1997; 10: 1907–1913.
8. Suárez P.M., Gilart J.L. Pleurodesis in the treatment of pneumothorax and pleural effusion. Monaldi archives for chest disease J 2013; 79 (2): 81–86.
9. Yoon D.W., Cho J.H., Choi Y.S. Predictors of survival in patients who underwent video-assisted thoracic surgery talc pleurodesis for malignant pleural effusion. Thoracic Cancer J 2016; 7 (4): 393–398.
10. Wilsber M.L., Veale A.G. Medical thoracoscopy in the diagnosis of unexplained pleural effusion. Respirology 1998; 3 (2): 77–80.

Материал поступил в редакцию 27.12.2016