



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (71) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (71)

2024

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.25-002-089

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКИ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

^{1,2}Назаров Н.Н. <https://orcid.org/0009-0001-9117-8941>

¹Мадазимов М.М. <https://orcid.org/0000-0001-5066-580X>

¹Пакирдинов А.С. <https://orcid.org/0000-0002-5928-0647>

¹Турғунбоев А.А. <https://orcid.org/0009-0002-9242-1365>

¹Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

²Клиника “ФАНОМЕД” Узбекистан

✓ Резюме

Проведен анализ 144 больных с плевральными выпотами различной этиологии. Больные условно разделены на две группы, группа сравнение-92 больных, и основная группа 52. Для установление диагноза в морфологическом уровне и ликвидации экссудации плевральной жидкости было предложено видеоторакоскопическое исследование с проведением интраоперационного комбинированного плевродеза. С помощью видеоторакоскопии окончательный диагноз установлено 98% случаях, эффективность комбинированного интраплеврального плевродеза составило 89,6%. Специфичность при канцероматозном плеврите составило-97%, чувствительность-98%, что доказывает высокую эффективность видеоторакоскопии в диагностике и определении дальнейшей тактики лечения у больных с плевральными выпотами.

Ключевые слова: ВТС видеоторакоскопия, ХПН- хроническая почечная недостаточность, ЦП- цирроз печени, УЗИ- ультразвуковое исследование, МСКТ.

VIDEO-TORAKOSKOPIYA VA DIAGNOSTIKA I NOANLIQ ETIOLOGIYALI PLEURITLARNING BOSQI TAKTIKASINI ANIQLASH III.

^{1,2}Nazarov N.N. <https://orcid.org/0009-0001-9117-8941>

¹Madazimov M.M. <https://orcid.org/0000-0001-5066-580X>

¹Pakirdinov A.S. <https://orcid.org/0000-0002-5928-0647>

¹Turg'unboyev A.A. <https://orcid.org/0009-0002-9242-1365>

¹O'zbekiston Andijon davlat tibbiyot instituti,
Andijon, st. Atabekova 1 Tel.: (0-374)223-94-60. Email: info@adti

²“FANOMED” klinikasi O'zbekiston

✓ Rezyume

Turli xil etiologiyalarning plevral efüzyonlari bo'lgan 144 bemorning tahlili o'tkazildi. Bemorlar shartli ravishda ikki guruhga bo'lingan, taqqoslash guruhi - 92 bemor va asosiy guruh - 52. Morfologik darajada tashxis qo'yish va plevra suyuqligining ekssudatsiyasini bartaraf etish uchun intraoperativ kombinatsiyalangan plevrodez bilan video torakoskopik tadqiqot taklif qilindi. Videotorakoskopiya yordamida yakuniy tashxis 98% hollarda o'rnatildi, kombinatsiyalangan intraplevral plevralezning samaradorligi 89,6% ni tashkil etdi. Karsinomatoz plevrit uchun o'ziga xoslik 97%, sezuvchanlik 98% ni tashkil etdi, bu plevral efüzyonlu bemorlarda diagnostika va keyingi davolash taktikasini aniqlashda videotorakoskopiyaning yuqori samaradorligini isbotlaydi.

Kalit so'zlar: VTS videotorakoskopiya, surunkali buyrak etishmovchiligi - surunkali buyrak etishmovchiligi, jigar sirrozi, ultratovush - ultratovush tekshiruvi, MSCT.

VIDEO-THORACOSCOPY AND DIAGNOSTICS I DETERMINATION OF FURTHER TACTICS OF PLEURITIS OF UNCLEAR ETIOLOGY III

^{1,2}Nazarov N.N. <https://orcid.org/0009-0001-9117-8941>

¹Madazimov M.M. <https://orcid.org/0000-0001-5066-580X>

¹Pakirdinov A.S. <https://orcid.org/0000-0002-5928-0647>

¹Turgunboev A.A. <https://orcid.org/0009-0002-9242-1365>

¹Andijan State Medical Institute of Uzbekistan,
Andijan, st. Atabekova 1 Tel.: (0-374)223-94-60. Email: info@adti

²Clinic "FANOMED" Uzbekistan

✓ Resume

An analysis of 144 patients with pleural effusions of various etiologies was carried out. The patients were conditionally divided into two groups, a comparison group - 92 patients, and a main group - 52. To establish a diagnosis at the morphological level and eliminate pleural fluid exudation, a video thoracoscopic study with intraoperative combined pleurodesis was proposed. Using videothoracoscopy, the final diagnosis was established in 98% of cases, the effectiveness of combined intrapleural pleurodesis was 89.6%. The specificity for carcinomatous pleurisy was 97%, sensitivity was 98%, which proves the high effectiveness of video thoracoscopy in diagnosis and determining further treatment tactics in patients with pleural effusions.

Key words: VTS video-assisted thoracoscopy, chronic renal failure-chronic renal failure, liver cirrhosis, ultrasound examination, MSCT.

Актуальность

По данным литературы в последние годы отмечается прогрессирующий рост заболеваемости плеврального выпота [9;12]. Учитывая, что заболевания, сопровождающихся скоплением жидкости в плевральную полость, весьма разнообразны, включая широкую группу заболеваний, связанных с патологией сердечнососудистой системы, почек, печени и патологией органов грудной клетки. Среди плевритов причиной опухолевой природы выявляются у каждого четвертого больного [4;9;11]. Если считать, что плеврит всего, лишь осложнение основного заболевания, но во многих ситуациях она приобретает ведущую роль в клинической картине, определяя основные жалобы и состояние больного. Во многих случаях накопление плевральной жидкости протекает бессимптомно на фоне основного заболевания. Все это приводит к трудностям диагностики и определению дальнейшей тактики лечения. По мнению некоторых исследователей опухолевой плеврит встречается у 30% онкологических больных [2]. Около 75% таких больных поступают в специализированные стационары уже на III-IV стадиях, когда опухолевой процесс уже распространился в окружающие структуры. Нередко опухолевой плеврит является единственным симптомом онкологического заболевания. Для выявления первичного очага и проведение адекватного лечения в таких случаях появляется необходимость установления истинного диагноза. Цитологическое исследование плеврального содержимого получаемое путем пункции или торакоцентеза плевральной полости являются менее инвазивными. Но большинство исследователей отмечают трудность в цитологическом распознавании природы выпота и высокую возможность ошибочных заключений в сторону как гипердиагностики, и так в сторону гиподиагностики опухолевого процесса [3]. По мнению многих авторов, диагностическая эффективность цитологического исследования плевральной жидкости составляет от 15% до 50% [3;7]. Зачастую результаты цитологического исследования злокачественной мезотелиомы оказывается отрицательным. В связи с этим приобретают актуальность инвазивные вмешательства при обследовании таких больных. Именно в таких случаях диагностическая видеоторакоскопия рассматривается как «золотым стандартом» в дифференциальной диагностике плевральных выпотах [2].

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и дальнейшей тактики лечения у больных с плевральными выпотами.

Материал и методы

В работе представлены результаты обследования и лечения 144 больных с различной этиологии плевральными выпотами. Больные были условно разделены на две группы: -группа сравнения-92 больных за период 2014 до 2019 гг в возрасте от 17 до 85 лет средний возраст их: $54,9 \pm 1,7$ (до применения миниинвазивного метода).

-основная группа - 52 больных за период с 2019 до 2024гг. в возрасте от 37 до 75 лет, средний возраст их: $53,5 \pm 4,6$ (перспективная часть исследования). Мужчин в основной группе было - 29(55,8%) женщин было - 23(44,2%), в группе сравнения мужчин было - 54(58,7%), женщин - 38(41,3%). С момента обращения к нам всем больные проведено лабораторно-инструментальные исследования. Основные методы обследования, применённые нами: рентгеноскопия, рентгенография органов грудной клетки в двух позициях, УЗИ плевральной полости, при котором оценивалось патологические изменения плевральных листков, наличие свободного или осумкованной жидкости, наличие плевральных сращений, а также вовремя УЗИ устанавливалось метки в наиболее удобном месте для плевральной пункции. В некоторых случаях УЗИ плевральных полостей приходилось проводить несколько раз в динамике. У пациентов с подозрением на злокачественное новообразование и при неясной этиологии плеврального выпота, выполняли УЗИ брюшной полости, МСКТ органов грудной и брюшной полостей. Фибробронхоскопию (ФБС) с браш- и шприцевой биопсией проводилась при необходимости. Основной диагностикой при плевральных выпотах являлось пункция плевральной полости. Заранее установленной метке при рентгеноскопии или УЗИ исследовании производили пункцию плевральной полости под местной анестезией. Вначале полученную жидкость оценивали визуально, обращали внимание на цвет (соломенный, желтый, геморрагический, мутный), на запах и др. Плевральную жидкость направляли на цитологическое исследование, где определяли уровень белка, глюкозы, оценивалась проба Ривальта. А также отправляли на бактериоскопическое исследование, где выявляли на наличие микобактерий туберкулеза и атипичных клеток.

Длительность клинических проявлений пациентов с плевральными выпотами были по-разному. Острое начало заболевания больше всего наблюдалось при ОРВИ или при пневмониях. Постепенное нарастание симптомов у части больных протекало бессимптомно (табл.-1).

Таблица-1.

Длительность клинических проявлений плеврита от момента их манифестации до обращения

Число больных	Длительность симптомов заболевания (в месяцах)					
	До 1	1 – 3	3 – 6	6 – 9	9 – 12	12 и более
Группа сравнения n=92	50 (54,3 %)	33 (35,9 %)	4 (4,3 %)	2 (2,2 %)	1 (1,1 %)	2 (2,2 %)
Основная группа n=52	15 (28,8 %)	21 (40,4 %)	11 (21,2 %)	3 (5,8 %)	1 (1,9 %)	1 (1,9 %)

Из таблицы следует, что в группе сравнение больные обращались впервые месяцы заболевания (50-54,3%) и от 1 до 3 месяцев (33-35,9%) заболевания, средний срок обращения к нам составил: $2,3 \pm 0,3; 1 \div 12$ месяцев. В основной группе впервые месяцы заболевания обратились (15-28,8%) и от 1 до 3 месяцев (21-40,4%) больных, средний срок обращения к нам составил: $3,0 \pm 0,3; 1 \div 12$ месяцев.

При остром начале заболевания больные были госпитализированы в стационар общего профиля, где проводилось общеклинические и инструментальные исследования, иногда проводилась пункция плевральной полости с извлечением жидкости и обследованием на цитологии. Длительное применение антибиотиков и противовоспалительных препаратов, которые не приносили облегчения или ликвидации плевральной жидкости заставили больных обратиться за специализированной помощью. Из-за сходства клинических симптомов у

пациентов с плевральными выпотами с другими неспецифическими заболеваниями явились причиной несвоевременного обращения больных в специализированные учреждения.

Комплексное клинико-рентгенологическое обследование проводилось всем больным. Распирание легких контролировалось с помощью рентгенологического исследования после эвакуации плевральной жидкости. На рентгенографии грудной клетки жидкость в одной или в обеих полостях была выявлена у 100% больных. МСКТ грудной клетки в группе сравнение было выполнено у 54 (58,7%) больных, при этом опухолевое поражение плевры удалось выявить у 11 (12,0%) больных. УЗИ плевральной полости более точно определяло количество жидкости и наиболее удобное место выполнения пункции. С помощью УЗИ также можно было выявить осумкованный характер выпота и обнаружить наличие сращений в плевральной полости. У 48 больных был выполнен ФБС с получением смыва из бронхиального дерева с дальнейшим цитологическим исследованием (табл-2).

Таблица-2.

Результаты цитологического исследования плевральной жидкости

Группы		Цвет		Прозрачность		Реакция Ривольта		Лейкоциты		Эритроциты		БК		Атипичные клетки	
		Желт	Гем	Мут	Свесе	Пол	Отр	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
СВП основная n-52	Абс	34	16	50		6	44	45	5	44	6		50	5	45
	%	65,4	30,8	96,2		11,5	84,6	86,5	9,6	84,6	11,5		96,2	9,6	86,5
СВП группа сравнение- n-92	Абс	82	7	92		7	85	92		92			92	6	86
	%	89,1	7,6	100,0		7,6	92,4	100,0		100,0			100,0	6,5	93,5

Основным лечением плеврального выпота в группе сравнение были пункция или дренирование плевральной полости. Некоторым больным пункция было применена неоднократно в течение нескольких месяцев. У нескольких пациентов в течении 2 месяцев было выполнено 15 пункций. Эта группа больных с сопутствующими заболеваниями ХПН или ЦП резистентными к лечению. Торакцентез - дренирование плевральной полости был применен, когда плевральный выпот был в большом количестве, а также не осумкованный и многокамерный характер. Длительность нахождения дренажной трубки в плевральной полости у этой группы больных составила от 4-х до 31 суток. Показанием к удалению дренажной трубки послужило расправленное легкое на рентгенологическом исследовании и суточное поступление до 50-80мл жидкости по дренажам. Несмотря на приведенное лечение, осложнение было у-4 (4,2%) больных. У-2(2,1%) больных после дренирования образовалась остаточная полость, у-2(2,1%) больных после долгого нахождения дренажной трубки в плевральной полости осложнился эмпиемой плевры.

Таким образом, в группе сравнения у больных с плевральными выпотами с помощью имеющего арсенала диагностики удалось выставить окончательный диагноз у-66 (71,7%) больных. Диагностическая ценность цитологического исследования плевральной жидкости у больных с канцероматозным плевритом составила -57,0%. На основании рентгенографии и МСКТ установить наличие жидкости в плевральной полости удалось у-98% [1;5;7] случаях.

У больных в основной группе для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики у-36 (69,2%) больных было выполнено ВТС; у-21(40,2%) больных ВТС был выполнен справа, у-15(29,0%) больных - слева.

При первичном визуальном осмотре плевральной полости при ВТС у-32 (61,5%) больных обнаружались множественные высыпания на плевре. В 28,8% случаях, высыпания стали следствием метастатического поражения плевры. У оставшихся - 9 (17,3%) больных гистологический анализ плевры выявил признаки воспаления, у 10 (19,2%) гистология показала склероз ткани, причиной плеврального выпота у этой категории больных, были кардиогенные или гепато-нефральные заболевания. Аденокарцинома или бронхолегочный рак были подтверждены у 17 (32,7%) больных. У 1(1,9%) больного установить причину плеврального выпота не удалось.

В одном случае был диагностирован эхинококкоз плевры (1,9%). У-19 (36,5%) больных при ВТС диагностирован пара или метапневмонический плеврит. При осмотре плевральной полости у этой категории больных имели место высыпания на плевре. У этой категории больных показанием к операции послужила невозможность купирования плеврита пункционным методом, и угроза развития нагноения - эмпиема плевры. Целью ВТС у этой категории больных являлось разрушение спаек, удаление фибриновых напластований и произведение плевродеза, а также помочь расправлению легкого.

Если дренажная трубка в плевральной полости находилась более 6- суток это расценивалось как резистентное. Длительное нахождение пациентов более 6 суток сформировалось в результате длительной экссудации плевральной жидкости после операции. Осложнения также наблюдали у этой категории больных, в связи с этим это диктовало необходимость начинать более интенсивное лечение. Самое длительное нахождение дренажной трубки в плевральной полости наблюдалось у больных с кардио- и гепатогенными патологиями. Средние сроки дренирования составили - $4,0 \pm 0,25$ суток. У этой категории больных дренажная трубка находилась до прекращения экссудации, то есть «досуха».

У больных с парапневмоническим плевритом средняя продолжительность нахождения дренажной трубки составило $6,0 \pm 1,2$ суток. У больных со злокачественными плевральными выпотами этот срок составил $4,0 \pm 0,5$ суток.

Результаты гистологического исследования у больных основной группы составило следующее (Диаграмма-1).

Диаграмма-1



Для ликвидации скопления экссудата в плевральной полости было предложено много способов, в том числе и различные методы плевродеза. Основным критерием плевродеза является создание асептического воспаления между листками париетальной и висцеральной

плевры с целью облитерации плевральной полости. Одним из распространенных способов плевродеза - это химический, который используется так и интраоперационно, так и введение химического вещества через дренажную трубку или с помощью пункции. Хотя есть много сторонников использования химического плевродеза через катетер или дренаж поставленной в плевральной полости, но эффективность достигается 34,4%-52,7% [5].

Нами в исследовании использовали комбинированный плевродез, то есть на первом этапе разрушали или удаляли в определенной области париетальную плевру и после этого, в этих местах с помощью марли наносили препарат бетадин. Таким образом, в этой области у нас создавался мощный спаечный процесс и облитерация плевральной полости (Рисунок-1).



Рисунок - 1. а,б - этапы хирургического плевродеза.

После осмотра плевральной полости, оценивали, как париетальную, так и висцеральную плевру, наличие высыпаний, сращений, фибриновых напластований. При наличии высыпания или патологического образования, брали биопсию из нескольких точек. Для этого достаточно было с помощью крючка или диссектора взять биопсию из париетальной или висцеральной плевры. Если образование плотное или париетальная плевра с мелкими высыпаниями, то в определенный участок париетальной плевры вводили 80-100мл физиологического раствора натрия хлорида-0,9% и после мобилизации париетальной плевры легко можно было резецировать 3,0 x 5,0 см площади. С помощью этого метода также можно было без кровотечения выделять париетальную плевру при плеврэктомии. После в месте освобожденного от париетальной плевры площадке, наносили с помощью марлевого тампона раствор бетадина для создания асептического воспаления и облитерации плевральной полости.

Интраоперационный комбинированный плевродез был проведен у 50 (96,1%) больных. Из них у 32 (61,5%) больных комбинированный плевродез был выполнен при карциноматозе плевры, которая была установлена вовремя ВТС. У 9 (17,3%) больных комбинированный ВТС плевродез был выполнен при неспецифическом воспалительном плеврите. У 10 (19,2%) больных комбинированный плевродез был выполнен при кардио-гепатогенным плевральном выпоте, при этом у этой категории больных визуальных изменений на плевре не обнаружено, а морфологическое исследование показало неспецифическое воспаление плевры.

В послеоперационном периоде среднее пребывание дренажной трубки в плевральной полости составило $4,5 \pm 0,3$ суток.

Нахождение дренажной трубки от 2 до 5 суток наблюдалось у 36 (69,2%), больных, от 5 до 14 суток - у 15 (28,8%), больных, более 15 суток - у 1 (1,9%) больного.

Среднее пребывание дренажной трубки в плевральной полости у больных со злокачественными плевральными выпотами составило $3,4 \pm 0,3$ суток, у больных с гепатогенным транссудатом составило $6,2 \pm 2,7$, у больных с парапневмоническими плевритами составило $6,7 \pm 1,2$.

Эффективность комбинированного плевродеза составила 89,6%.

У больных с ЗПВ после комбинированного плевродеза среднее пребывание больных в стационаре составило - $8,2 \pm 0,9$ суток, у больных с парапневмоническими плевритами после комбинированной плевродеза составило - $10,7 \pm 1,9$ суток, у больных с гепатогенными транссудатами после комбинированного плевродеза составило - $11,7 \pm 2,7$ суток.

Осложнения после операции наблюдались у-1 (1,9 %) больных.

Проведен сравнительный анализ хирургического лечения в обеих группах, учитывались такие факторы как длительность постановки окончательного диагноза, нахождение дренажной трубки, осложнения в послеоперационном периоде, наличие болевого симптома и применение наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде.

Приведены сравнительные показатели установления этиологических факторов плеврального выпота в обеих группах. (табл-3).

Таблица-3

Этиология плеврального выпота, установленная традиционными методами и с помощью ВТС

Этиология плеврита	Традиционные методы обследования и лечения		Лечебно-диагностическая программа с использованием ВТС	
	абс	%	абс	%
Канцероматозный плеврит	11	12,0	32	61,5
Неспецифические воспалительные плевриты	15	16,2	9	17,3
Кардио-гепато-нефральные плевриты	40	43,5	10	19,2
Не удалось верифицировать	26	28,3	1	1,9
Всего	92	100,0	52	100,0

Из таблицы видно, что канцероматозный плеврит в группе сравнения был диагностирован у 11 (12,0%) больных, неспецифические воспалительные плевриты диагностированы у 15 (16,2%) больных; причиной плеврального выпота явились кардио- гепато-нефральные заболевания у 40 (43,5%) больных. У 26 (28,3%) больных в этой группе установить причину плеврального выпота не удалось.

В основной группе причина плеврального выпота выглядела следующим образом: канцероматозный плеврит установлен у 32 (61,5%) больных, неспецифические воспалительные причины установлены у 9 (17,3%) больных, кардио- гепато- нефральные причины установлены у 10 (19,2%) больных, у 1-го больного (1,9%) причину установить не удалось. Основываясь на этих данных вычислены показатели чувствительности и специфичности методов (табл-4).

Таблица-4

Чувствительность и специфичность пункционного метода и ВТС в установлении причины синдрома плеврального выпота.

Этиология плеврита	Параметры	Цитологическое исследование плеврального выпота (пункция, дренирование)	Гистологическое исследование (ВТС)
Канцероматозный плеврит	Чувствительность, %	57,0	97,0
	Специфичность, %	91,6	98,0
Неспецифические воспалительные плевриты	Чувствительность, %	87,7	90,0
	Специфичность, %	57,7	95,2
Кардио-гепато-нефральные плевриты	Чувствительность, %	75,2	87,5
	Специфичность, %	83,5	92,7

Из таблицы видно, что применения ВТС в диагностике и лечение плевральных выпотов при канцероматозном плеврите чувствительность достигается 97,0%, специфичность-98.0%, когда в группе сравнения эти показатели равны- 57,0% и 91,6%.

У больных в группе сравнения на основании применения всех доступных методов окончательных диагнозов был поставлен в 66 (71,7%) больных. Длительность постановки окончательного диагноза варьировалась - $15,1 \pm 7,9$ суток. У больных в основной группе окончательный диагноз на основании морфологической верификации составлял с учетом получения гистологической информации - $5,1 \pm 0,9$ суток. При этом диагностическая ценность ВТС при плевральном выпоте составила 97,0%, специфичность - 98,0%. Интраоперационные и послеоперационные осложнения наблюдались у 4 (4,3%) больных в группе сравнения и у 1 (1,9%) больных в основной группе с плевральными выпотами.

Заключение

Таким образом, при применении ВТС диагностики и разработанной нами комбинированного плевродеза, у больных с плевральными выпотами в 98,0% случаях удалось поставить окончательный диагноз на основании морфологической верификации. В послеоперационном периоде экссудация, после проведенного комбинированного плевродеза, удалось прекратить у 95,0% больных.

Предложенный нами комбинированный интраоперационный плевродез позволяет эффективно купировать экссудацию при злокачественных и резистентных к терапии воспалительных, а также не воспалительных плевритах и транссудатах. Плевродез предложенной после разрушения или резекции парietальной плевры и марочным нанесением бетадина является безопасным и высокоэффективным методом лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдеев С.Н. Плевральные выпоты в интенсивной терапии. //Consilium Medicum. Хирургия. 2009;2:16-22.
2. Волобуев А.В. Видеоторакоскопия в диагностике опухолевых заболеваний легких и плевры: дис. канд. мед. наук: 14.00.14 / Андрей Владимирович Волобуев – М., 2005; 108 с
3. Григорук, О. Г. Дифференциальная цитологическая диагностика плевритов. /О.Г. Григорук, А.Ф. Лазарев, В.Н. Богатырев. Барнаул: ОАО ИПП «Алтай», 2012; 254 с
4. Дужий, И.Д. Клиническая плеврология. К.: Здоров'я, 2000; 382 с.
5. Иванов О. В. «Диагностика и лечение опухолевых экссудативных плевритов в амбулаторных условиях» диссертация. автореф. дис. канд. мед. Наук / Санкт-Петербург 2019; 94 с.
6. Королева И.М. Плевриты: трудности диагностики. //Справочник поликлинического врача. 2008;13:4-9.
7. Переводчикова Н.И. Опухолевые плевриты: диагностика и выбор терапевтической тактики. / Н.И.Переводчикова, Т.Р.Алексеева // Международный медицинский журнал. 2003;4:88-93.
8. Чайка О.В. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении опухолевых экссудативных плевритов: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.12 Чайка Оксана Васильевна. – СПб, 2011; 25 с.
9. Efficacy of sonography and biological pleuro desis in dicators of malignant pleural effusion (SIMPLE): proto colofar and omised controlledtrial I. Psallidas, H.E.G. Piotrowska, A. Yousufetal. //BMJOpenRespiratory Research. 2017;4(1):e000225.
10. Meadiastinal pancreatic pseudocysts / K. Dąbkowski, A. Białek, M. Kukla et al. //Clinical Endoscopy. 2017;50(1):76-80.
11. Murthy V. Medical thoracoscopy and itsevolvingrole in the diagnosis and treatment of pleural disease / V. Murthy, J.L. Bessich //JThoracDis. 2017;9(2):1011-1021.
12. Recommendations of diagnosis and treatment of pleural effusion update / V.V. Garrido, E.C. Viedma, A.F. Villar et al. //Arch Bronconeumol. 2014;50(6):235-49.

Поступила 20.08.2024