

УДК 616.25 — 002.155 — 79.4

ДВОБІЧНИЙ ПЛЕВРАЛЬНИЙ ВИПІТ

М. С. Опанасенко, Р. С. Демус, О. К. Обремська, В. І. Клименко, Б. М. Конік, О. В. Терешкович, В. Б. Бичковський, М. І. Калениченко, Л. І. Леванда, В. А. Кононенко

Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України, м. Київ

BILATERAL PLEURAL EXUDATE

M. S. Opanasenko, R. S. Demus, O. K. Obremaska, V. I. Klimenko, B. M. Konik, O. V. Tereshkovich, V. B. Bychkovskiy, M. I. Kalenychenko, L. I. Levanda, V. A. Kononenko

РЕФЕРАТ

Проаналізовані результати обстеження й лікування 62 хворих з приводу двобічного плеврального випоту (ДПВ), зокрема, особливості диференційнодіагностичних критеріїв в групах за етіологічним чинником і в порівнянні з такими у хворих за однієї плеврального випоту (ПВ). Хворі з ДПВ різної етіології розподілені за статтю, віком, лікувально-діагностичними заходами, вираженістю симптомів захворювання, візуальними ознаками змін парієтальної плевири.

Ключові слова: плевральний випіт; двобічний плевральний випіт; діагностика; лікування.

SUMMARY

Results of examination and treatment of 62 patients, suffering bilateral pleural exudate (BPE), in part, peculiarities of differential diagnostic criteria in groups in accordance with etiological factor and in comparison with those in patients, suffering one-sided pleural exudate, were analyzed. The patients, suffering BPE of various etiology, are distributed in accordance to gender factor, age, the treatment and diagnosis measures, the disease symptoms severity, visual signs of parietal pleura changes.

Key words: pleural exudate; bilateral pleural exudate; diagnosis; treatment.

Клінічний симптомокомплекс, що характеризується накопиченням рідини у плевральній порожнині, називають синдромом ПВ [1, 2]. У більшості спостережень ПВ є ускладненням різних захворювань, він супроводжує понад 80 нозологічних форм [1, 2]. Для своєчасного й ефективного лікування ПВ необхідне точне визначення його етіології [2, 3]. Диференційна діагностика плевриту є складним клінічним завданням [2].

Як правило, ПВ виявляють з одного боку, ДПВ спостерігають значно рідше. Так, за даними літератури, однієї плевральний ПВ відзначали у 124 (91,8%) хворих, ДПВ — лише в 11 (8,2%) [4]. З 27 пацієнтів ДПВ виник у 13 — після коронарного шунтування, у 12 хворих — з застійною серцевою недостатністю, в 1 — з злоякісним перикардитом, в 1 — з нирковою недостатністю [5].

Як правило, автори описують поодинокі клінічні спостереження ПВ [6–8].

Диференційну діагностику ДПВ здійснюють від серцевої, печінкової, ниркової недостатності, гіпоальбумінемії, рідше — злоякісних новоутворень, туберкульозу, тромбоемболії легеневої артерії, ревматоїдного артрити. Серцева недостатність є найбільш поширеною причиною виникнення ДПВ [9].

Метою дослідження є вивчення частоти окремих етіологічних чинників і встановлення диференційнодіагностичних критеріїв ДПВ в основних групах.

ДПВ, як і однієї плевральний ПВ, за етіологічним чинником розподіляють на чотири основні групи: туберкульозний, неспецифічний, пухлинний і кардіогенний [2, 10]. Ми не знайшли повідомлень з аналізом структури ДПВ. За даними спостережень, у ВІЛ-інфікованих пацієнтів частіше виявляли туберкульозний ДПВ [11], у 60% хворих на системний червоний вовчак виявляли ДПВ [12].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2003 по 2012 р. у відділенні торакальної хірургії лікували 712 хворих з ПВ різної етіології, з

них у 650 (91,2%) ПВ був однобічним, у 62 (8,8%) — ДПВ.

У пацієнтів з ДПВ різної етіології заключний діагноз підтверджений даними морфологічного дослідження, аналізу плевральних біоптатів, отриманих під час трансторакальної закритої пункційної біопсії парієтальної плеври і/або (відео)торакокопії з біопсією плеври, а також результатами бактеріологічного дослідження — при туберкульозному плевриті, коли в матеріалі виявлені мікобактерії туберкульозу.

З огляду на специфіку лікувального закладу, проведений ретроспективний аналіз стандартних методів діагностики ДПВ, що найбільш часто спостерігали (туберкульозний, неспецифічний, пухлинний, кардіогенний) з метою встановлення диференційнодіagnostичних критеріїв.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 8 (12,9%) пацієнтів з ДПВ діагностований туберкульозний ПВ (I група), у 19 (30,7%) — неспецифічний (II група), у 18 (29%) — пухлинне ураження плеври (III група), у 17 (27,4%) — кардіогенний (IV група). Таким чином, за ДПВ туберкульозне ураження плеври відзначали майже у 2,5 разу рідше, ніж в інших групах.

Дані про розподіл хворих за статтю й віком наведені у *табл. 1*.

Отже, чоловіків було 39 (64,5%), жінок — 23 (35,5%), тобто, у загальній групі переважали чоловіки.

Туберкульозний ДПВ діагностований у 7 (87,5%) чоловіків та 1 (12,5%) жінки; неспецифічний ДПВ — у

15 (78,9%) чоловіків та 4 (21,1%) жінок; пухлинний ДПВ — у 7 (38,9%) чоловіків та 11 (61,1%) жінок; кардіогенний ДПВ — у 10 (58,8%) чоловіків та 7 (41,2%) жінок.

Таким чином, туберкульозний, неспецифічний та кардіогенний ДПВ значно частіше виявляють у чоловіків, пухлинний ДПВ — переважно у жінок.

Віком до 30 років було 2 (3,2%) пацієнтів, від 30 до 50 років — 17 (27,4%), старше 50 років — 43 (69,4%), тобто, в загальній групі переважали хворі літнього віку.

В I групі переважали хворі віком до 50 років (62,5%), в III і IV групах — старше 50 років — відповідно 16 (88,9%) і 14 (82,4%).

Ці статеві-вікові особливості слід мати на увазі під час диференційної діагностики ДПВ.

Інформація про раніше проведені лікувально-діагностичні заходи у хворих з ДПВ різної етіології наведена у *табл. 2*.

Аналіз даних *табл. 2* свідчить, що до госпіталізації в клініку більшість хворих (особливо I, II та III груп) лікували у стаціонарі протягом 2 — 4 тиж. Проте, плевральну пункцію здійснювали лише 62,5% хворим — за туберкульозного ДПВ, 57,9% — неспецифічного, 44,4% — пухлинного, 47,1% — кардіогенного.

Як свідчили результати обстеження, за туберкульозного ДПВ частота супутніх захворювань була менша — 37,5%, ніж в інших групах — відповідно 63,2, 83,3 і 100%. У пацієнтів IV групи, на відміну від інших груп, в анамнезі були відомості про серцево-судинні захворювання (гострий інфаркт міокарда, стенокардія, гіпертонічна хвороба тощо).

Таблиця 1. Розподіл хворих з ДПВ різної етіології за статтю й віком

Групи хворих	Кількість хворих	Стать				Вік, років					
		ч		ж		до 30		30–50		старше 50	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	8	7	87,5	1	12,5	1	12,5	4	50,0	3	37,5
II	19	15	78,9	4	21,1	1	5,3	8	42,1	10	52,6
III	18	7	38,9	11	61,1	—	—	2	11,1	16	88,9
IV	17	10	58,8	7	41,2	—	—	3	17,6	14	82,4

Таблиця 2. Лікувально-діагностичні заходи, застосовані у хворих з ДПВ різної етіології

Показник	Кількість спостережень в групах							
	I		II		III		IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Попереднє лікування у стаціонарі	7	87,5	16	84,2	14	77,8	15	88,2
Тривалість лікування не менше 2 — 4 тиж	6	75,0	16	84,2	15	83,3	6	35,3
Проведення плевральних пункцій	5	62,5	11	57,9	8	44,4	8	47,1
Наявність супутніх захворювань, що вимагали лікування	3	37,5	12	63,2	15	83,3	17	100,0
Тяжкість загального стану								
задовільний	5	62,5	11	57,9	8	44,4	3	17,6
незадовільний	3	37,5	8	42,1	10	55,6	14	82,4
Наявність плевриту в анамнезі	—	—	2	10,5	—	—	—	—
Часті гострі респіраторні вірусні інфекції	2	25,0	6	31,6	3	16,7	3	17,6

Таблиця 3. Початок захворювання (вираженість клінічних ознак) у хворих з ДПВ різної етіології

Групи хворих	Початок захворювання (вираженість симптомів)					
	гострий		підгострий		малосимптомний	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	4	50,0	3	37,5	1	12,5
II	10	52,6	7	36,8	2	10,5
III	2	11,1	5	27,8	11	61,1
IV	2	11,8	3	17,6	12	70,6

Таблиця 4. Основні симптоми у хворих за ДПВ різної етіології

Показники	Кількість спостережень в групах							
	I		II		III		IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Задишка, в т. ч. у спокою	6	75,0	15	78,9	15	83,3	15	88,2
Біль у грудях	7	87,5	17	89,5	13	72,2	8	47,1
Кашель	6	75,0	14	73,7	14	77,8	9	52,9
сухий	4	66,7	4	28,6	8	57,1	5	55,6
з харкотинням	2	33,3	10	71,4	6	42,9	4	44,4
Утруднене дихання	3	37,5	10	52,6	12	66,7	14	82,4
Температура тіла								
нормальна	—	—	2	10,5	8	44,4	12	70,6
підвищена (субфебрильна, фебрильна)	8	100	17	89,5	10	65,6	5	29,4
Загальна слабкість	3	37,5	4	21,1	9	50,0	10	58,8
Підвищена пітливість	4	50,0	5	26,3	3	16,7	3	17,6
Схуднення	2	25,0	4	21,1	11	61,1	1	5,9

Госпіталізовані в клініку у задовільному стані 62,5% пацієнтів при туберкульозному ДПВ, 57,9% — неспецифічному, 44,4% — пухлинному, 17,6% — кардіогенному. Таким чином, стан пацієнтів за запального плевриту менш тяжкий під час госпіталізації, ніж за кардіогенного і пухлинного ДПВ.

Відомості про перенесений раніше плеврит були в анамнезі тільки у 2 (10,5%) хворих з неспецифічним ДПВ.

Часті гострі респіраторні вірусні інфекції спостерігали у пацієнтів усіх груп, проте, найбільш характерні вони для пацієнтів II групи.

Характеристика початку захворювання наведена у *табл. 3*.

Гострий і підгострий початок захворювання відзначали при туберкульозному плевриті відповідно у 50 і 37,5% пацієнтів, у II групі — у 52,6 і 36,8%, малосимптомний початок — у 10,5%.

Для кардіогенного ДПВ найбільш характерний початок захворювання малосимптомний — у 70,6% спостережень; за пухлинного ДПВ — у 61,1%.

Таким чином, гострий і підгострий початок захворювання найбільш характерний для ДПВ запального (як специфічного, так і неспецифічного) генезу. При пухлинному й кардіогенному ДПВ початок захворювання малосимптомний.

Скарги пред'являли всі пацієнти. Кількісна і якісна характеристика скарг відображена в *табл. 4*.

Основними скаргами в загальній групі були:

- задишка — у 51 (82,3%) спостереженні;
- біль у грудях — у 45 (72,6%);
- кашель — у 43 (69,4%).

Рідше реєстрували утруднене дихання, підвищену температуру тіла, слабкість, пітливість.

Провідною скаргою була задишка. Частота цього симптому була найбільшою за кардіогенного ДПВ — у 88,2% спостережень, проте, в інших групах частота цього симптому досить висока — відповідно 75, 78,9 і 83,3%. Важливе діагностичне значення має вираженість задишки у хворих за ДПВ. Так, задишку у спокою відзначали у 89,3% хворих за кардіогенного, у 37,5% — пухлинного, у 16,8% — туберкульозного, у 15,4% — неспецифічного ДПВ. Таким чином, задишка у спокою може бути діагностичною ознакою ДПВ запального генезу.

Другою скаргою, що найбільш часто виявляли у пацієнтів, був біль у грудях, як правило, двобічний. Його спостерігали у 87,5% хворих за туберкульозного, у 89,5% — неспецифічного, у 72,2% — пухлинного, у 47,1% — кардіогенного ДПВ. Таким чином, біль менш часто виявляли у хворих IV групи, що може бути диференційнодіагностичним критерієм.

Третьою основною скаргою у хворих був кашель. Його рідше (у 52,9% хворих) реєстрували за кардіогенного ДПВ, ніж в інших групах. У той же час за туберкульозного, неспецифічного і пухлинного ДПВ

його відзначали приблизно однаково часто — відповідно у 75, 73,7 і 77,8%. При цьому важливе діагностичне значення має переважання вологого кашлю у пацієнтів за неспецифічного плевриту — у 71,4% спостережень та сухого — за туберкульозного, пухлинного і кардіогенного ДПВ — відповідно у 66,7, 57,1 і 55,6% хворих.

Істотне значення має такий симптом, як утруднене дихання. Його спостерігали у 37,5% хворих за туберкульозного ДПВ, у 52,6% — неспецифічного. Частіше, ніж у пацієнтів I групи, його відзначали при пухлинному ДПВ (у 66,7% спостережень). За кардіогенного ДПВ утруднене дихання реєстрували частіше, ніж за ДПВ запального генезу, як специфічного, так і неспецифічного (у 82,4% спостережень). Таким чином, утруднене дихання може бути диференційнодіагностичним критерієм у хворих IV групи.

Особливої уваги під час диференційної діагностики потребує вихідна температура тіла. Як видно з *табл. 4*, найбільш інформативною ознакою є відсутність її підвищення у хворих з ДПВ, що спостерігали у 70,6% пацієнтів за кардіогенного ДПВ, у 44,4% — пухлинного, у 10,5% — неспецифічного ДПВ. Цей критерій може бути з успіхом використаний у диференційній діагностиці ДПВ різного генезу.

Залежність між характером температурної кривої і генезом ДПВ не встановлена.

Загальна слабкість відзначена у 26 (41,9%) хворих загальної групи. Найбільш вираженим цей симптом був за кардіогенного (у 58,8% хворих) і пухлинного (у 50%) ДПВ. За туберкульозного ДПВ слабкість відзначали 37,5% хворих, за неспецифічного — 21,1%. Таким чином, загальна слабкість найбільш характерна для незапального ДПВ (кардіогенного та пухлинного).

Підвищена пітливість як прояв загальної інтоксикації організму виявлена у 15 (24,2%) хворих загальної групи. Найбільш часто її відзначали за запального ДПВ (у I групі — у 50% хворих, у II групі — у 26,3%), менш часто — за пухлинного (у 16,7%) і кардіогенного (у 17,6%) ДПВ. Таким чином, цей показник найбільш характерний для специфічного ураження плеври.

Схуднення відзначили 18 (29%) хворих загальної групи. Найбільш вираженим цей показник був за пухлинного ДПВ — у 61,1% хворих. В інших групах втрати маси тіла відзначали: у 25% хворих — за туберкульозного плевриту, у 21,1% — неспецифічного, у 5,9% — кардіогенного ДПВ. Таким чином, схуднення можна з успіхом використовувати під час диференційної діагностики пухлинного і непухлинного ДПВ.

На підставі аналізу результатів проведеного дослідження визначені деякі диференційнодіагностичні критерії, характерні для кожної групи ДПВ.

За туберкульозного ДПВ характерні:

- молодий вік пацієнтів
- переважання чоловіків

- відсутність супутніх захворювань
- госпіталізація пацієнтів переважно у задовільному стані

- гострий або підострий перебіг захворювання
- основні скарги (біль у грудях, сухий кашель, невелика задишка, підвищення температури тіла).

За неспецифічного ДПВ характерні:

- молодий вік пацієнтів
- переважання чоловіків
- відсутність супутніх захворювань
- госпіталізація пацієнтів переважно у задовільному стані

- гострий або підгострий перебіг захворювання
- основні скарги (біль у грудях, вологий кашель, невелика задишка, підвищення температури тіла).

За ДПВ пухлинного походження характерні:

- зрілий або літній вік пацієнтів
- переважання жінок
- госпіталізація пацієнтів переважно у тяжкому стані

- малосимптомний перебіг захворювання
- основні скарги (біль у грудях, задишка у спокою, нормальна температура тіла, утруднене дихання, виражена слабкість, схуднення).

За кардіогенного ДПВ характерні:

- зрілий або літній вік пацієнтів
- госпіталізація пацієнтів переважно у тяжкому стані

- наявність виражених супутніх захворювань
- малосимптомний перебіг захворювання
- основні скарги (задишка у спокою, нормальна температура тіла, утруднене дихання, виражена слабкість, відсутність болю в грудях).

Дані фізичних методів дослідження у хворих за ДПВ не мали істотного значення під час диференційної діагностики етіології захворювання.

Діагностично—лікувальна тактика, яку застосовували у пацієнтів за ДПВ: дренажування плевральної порожнини з боку менш вираженого гідротораксу, з боку більш вираженого — пункційна евакуація ексудату, створення штучного пневмотораксу для подальшого виконання (відео)торакоскопії.

За неможливості виконання (відео)торакоскопії через тяжкий загальний стан хворого діагностично—лікувальну тактику змінювали: виконували трансторакальну закриту біопсію парієтальної плеври з боку більш вираженого гідротораксу або з обох боків з подальшим дренажуванням обох плевральних порожнин.

У тяжкому стані перебували 35 (56,5%) хворих, у них виконано закриту біопсію парієтальної плеври з подальшим дренажуванням обох плевральних порожнин, у 27 (43,5%) — вдалося виконати (відео)торакоскопії.

Важливе значення під час здійснення (відео)торакоскопії з біопсією плеври має візуальна оцінка виду і вираженості змін листків плеври, саме після такої

Таблиця 5. Візуальні зміни парієтальної плеври залежно від етіології ДПВ

Показники	Кількість спостережень в групах							
	I (n = 5)		II (n = 11)		III (n = 8)		IV (n = 3)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Незмінена плевра	—	—	1	9,1	1	12,5	3	100,0
Дисемінація на тлі незміненої плеври	—	—	—	—	6	75,0	—	—
Гіперемія плеври	1	20,0	10	90,9	1	12,5	—	—
Дисемінація на тлі гіперемії плеври	4	80,0	—	—	—	—	—	—
Спайки з формуванням осумкувань	3	60,0	4	36,4	1	12,5	—	—

оцінки вісцеральної та парієтальної плеври визначають місце проведення біопсії. Інформація про візуальні зміни парієтальної плеври залежно від етіології ПВ наведена у *табл. 5*.

При аналізі даних *табл. 5* встановлено, що візуальні ознаки незміненої плеври характерні для кардіогенного ДПВ і не характерні для туберкульозного плевриту. Дисемінація на тлі незміненої плеври характерна тільки для метастатичного ПВ (у 75% хворих). Тільки гіперемія плеври характерна для неспецифічного плевриту (у 90,9% спостережень), менш характерна — для туберкульозного (у 20%) і метастатичного (у 12,5%) ДПВ і не характерна для кардіогенного ДПВ. Дисемінація на тлі гіперемії плеври характерна тільки для туберкульозного плевриту (у 80% спостережень). Спайки з формуванням осумкувань найбільш характерні для туберкульозного плевриту (у 60% спостережень), менш характерні — для неспецифічного (у 36,4%) і метастатичного (у 12,5%) ДПВ і не характерні — для кардіогенного ДПВ.

Отримані біоптати парієтальної плеври досліджували з використанням цитологічних, гістологічних і мікробіологічних методів.

ДПВ має особливості у порівнянні з одностороннім:

1. ДПВ діагностують рідше, ніж односторонній.
2. У чоловіків частіше діагностують ДПВ.
3. ДПВ найчастіше діагностують у пацієнтів віком старше 50 років.

4. У зв'язку з двобічним процесом найбільш частим симптомом є задишка, на відміну від одностороннього ПВ, за якого частіше виявляють біль і кашель.

5. Етіологія ДПВ у пацієнтів віком до 50 років — здебільшого запального, старше 50 років — кардіогенного і пухлинного генезу.

6. Стан пацієнтів за ДПВ більш тяжкий, частіше спостерігають супутні захворювання.

7. Для діагностики найчастіше використовують закрити трансторакальну біопсію парієтальної плеври.

8. Відеоторакоскопія, за умови можливості її виконання, дозволяє встановити диференційнодіагностичні ознаки за різних етіологічних чинників, а також провести прицільну біопсію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дифференциальная диагностика плевральных выпотов: компендиум; под ред. Э. М. Ходош. — Х.: Фламенко, 1995. — 109 с.
2. Дужий І. Д. Клінічна плеврولوґія / І. Д. Дужий. — К.: Здоров'я, 2000. — 380 с.
3. Диденко Г. В. Экссудативный плеврит туберкулезной этиологии: возможности диагностики: автореф. ... дис. канд. мед. наук / Г. В. Диденко. — М., 2003. — 23 с.
4. Притуляк С. М. Новий фільтраційний спосіб у діагностичному алгоритмі при синдромі плеврального випоту / С. М. Притуляк, А. А. Ткач // Онкологія. — 2011. — Т. 13, № 1. — С. 80.
5. Patient with bilateral pleural effusion: Are the findings the same in each fluid? / I. Kalomenidis, M. Rodriguez, R. Barnette [et al.] // Chest. — 2003. — Vol. 124. — P. 167 — 176.
6. Contarini's syndrome: Bilateral pleural effusion, each side from different causes / J. M. Porcel, M. C. Civit, S. Bielsa, R. W. Light // J. Hosp. Med. — 2012. — Vol. 7, N 2. — P. 164 — 165.
7. Win T. T. Strongyloides stercoralis induced bilateral blood stained pleural effusion in patient with recurrent Non-Hodgkin lymphoma / T. T. Win, H. Sitiasma, M. Zeehaida // Trop. Biomed. — 2011. — Vol. 28, N 1. — P. 64 — 67.
8. Johnson N. M. I. Sarcoidosis presenting with pleurisy and bilateral pleural effusions / N. M. I. Johnson, N. D. T. Martin, M. W. McNicol // Postgrad. Med. J. — 1980. — Vol. 56. — P. 266 — 267.
9. McGrath E. E. Diagnosis of pleural effusion: A systematic approach / E. E. McGrath, P. B. Anderson // Am. J. Crit. Care. — 2011. — Vol. 20. — P. 119 — 128.
10. Сливка Ю. І. Диференціальна діагностика захворювань плеври / Ю. І. Сливка // Диференціальна діагностика захворювань легень і плеври; під ред. М. М. Савули. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — С. 196 — 216.
11. Мірошніченко Д. С. Особливості перебігу туберкульозних плевритів у ВІЛ-інфікованих хворих / Д. С. Мірошніченко // Питання експериментальної та клінічної медицини: зб. статей. — К., 2009. — Т. 1, вип. 13. — С. 56.
12. Гулієва Г. И. К вопросу легочной гипертензии у больных с системными заболеваниями соединительной ткани / Г. И. Гулієва // Шестой Нац. конгр. терапевтов: сб. материалов. — М., 2011. — С. 78.

