



**Федеральные клинические
рекомендации по диагностике и
лечению туберкулезного
плеврита**

Москва-2014

Коллектив авторов

- Карпина Н.Л., д.м.н.
- Васильева И.А., профессор, д.м.н.
- Скорняков С.Н., профессор, д.м.н.
- Краснов В.А., профессор, д.м.н.
- Эргешов А.Э., профессор, д.м.н.
- Комиссарова О.Г., профессор, д.м.н.
- Багиров М.А., д.м.н.
- Садовникова С.С., д.м.н.
- Самойлова А.Г., к.м.н.
- Амансахедов Р.Б., к.м.н.
- Попов Е.В. к.м.н.
- Багдасарян Т.Р., к.м.н.
- Черных Н.А., к.м.н.
- Лепеха Л.Н., профессор, д.б.н.
- Черноусова Л.Н., профессор, д.б.н.
- Евгущенко Г.В., к.м.н.
- Мотус И.Я., д.м.н.
- Егоров Е.А., к.м.н.
- Колпакова Т.А., профессор, д.м.н.
- Стаханов В.А., профессор, д.м.н.

Оглавление

- 1. Методология
- 2. Определения
- 3. Патогенез
- 4. Алгоритм диагностики туберкулезного плеврита
- 5. Клинические проявления туберкулезного плеврита и эмпиемы плевры
- 6. Дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита
- 7. Лечение туберкулезного плеврита и эмпиемы плевры
 - 7.1. Общие принципы химиотерапии туберкулезного плеврита и эмпиемы плевры
 - 7.2. Патогенетическое лечение
 - 7.3. Физиотерапевтическое лечение
 - 7.4. Хирургическое лечение
- Список литературы

Методология

- **Метод валидации рекомендаций:**

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

- **Основные рекомендации:**

- Сила рекомендаций [C-D].

С - Ограниченная достоверность, основана на результатах, по меньшей мере, одного клинического испытания, не удовлетворяющего критериям качества, например, без рандомизации.

Д - Неопределенная достоверность, утверждение основано на мнении экспертов; клинические исследования отсутствуют.

Определения

- Плеврит
- Синдром плеврального выпота
- Туберкулезный экссудативный плеврит
- Фибринозный (сухой) плеврит
- Эмпиема плевры
- Пиопневмоторакс
- Гидроторакс
- Гемоторакс
- Хилоторакс

Патогенез

Кратко изложен патогенез туберкулезного экссудативного плеврита, фибринозного плеврита, эмпиемы плевры.

Отражены особенности патогенеза туберкулезного плеврита.

Диагностика туберкулезного плеврита

- Отбор лиц с различными заболеваниями легких и плевры среди больных, обратившихся за медицинской помощью в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с учетом жалоб и/или наличием рентгенологических изменений в легких и/или с синдромом плеврального выпота.
- Обследование в ПМСП (клинико-лабораторные данные, данные лучевых методов исследования).
- Обследование в условиях специализированной противотуберкулезной службы (**особое внимание уделяется лабораторному исследованию плевральной жидкости**).
- **Дополнительные методы исследования:**
 1. Неинвазивные (КТОГК, повторные исследования плевральной жидкости, мокроты).
 2. Неинвазивные.

Инвазивные

1. Особое внимание уделяется диагностическим операциям.

Наиболее предпочтительными методами биопсии плевры и легкого являются ВТС и ВАТС биопсия.

Если указанные виды оперативных вмешательств не выполняются в медицинском учреждении, то необходимо пациентов направлять в высокоспециализированные медицинские учреждения.

2. Отмечается, что диагностический материал подлежит обязательному цитологическому, гистологическому и микробиологическому исследованиям: микроскопия, ПЦР, посев, определение ЛЧ микробиологическими и молекулярно-генетическими методами.

Диагностические операции

1. При изолированном синдроме плеврального выпота - биопсия плевры.

Виды биопсий плевры:

- видеоторакоскопическая (ВТС),
- видеоассистированная торакоскопическая (ВАТС),
- открытая.

2. При синдроме плеврального выпота в сочетании с аденопатией средостения:

медиастиноскопия с биопсией лимфатических узлов.

3. При синдроме плеврального выпота в сочетании с легочным компонентом:

- биопсия плевры с резекцией легкого: (ВТС, ВАТС или открытая),
- плеврэктомия с резекцией легкого: (ВТС, ВАТС или открытая).

Клинические проявления туберкулезного плеврита и эмпиемы плевры

- Представлены клинические особенности фибринозного плеврита.
- Дана характеристика патогенетических вариантов туберкулезного экссудативного плеврита (аллергический, перифокальный, туберкулез плевры, гнойный - эмпиема плевры):
- **Морфологический субстрат**
- **Характер экссудата**
- **Клинические проявления**

Дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита

- Приведен перечень заболеваний с которыми наиболее часто проводится дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита.
- Этапы дифференциальной диагностики при синдроме плеврального выпота (рассмотрены виды обследования от общего клинического до морфологического).
- Приведены основные отличительные признаки экссудата и транссудата, при исследовании плевральной жидкости.
- Представлен диагностический алгоритм синдрома плеврального выпота.

Лечение больных туберкулезным плевритом

Основные задачи лечения

- Удаление экссудата;
- Проведение полноценного этиотропного, симптоматического и патогенетического лечения;
- Реабилитация пациента.

1.Противотуберкулезная химиотерапия.

Проводится в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания (2014 г).

Сроки лечения больных туберкулезным плевритом при любом режиме химиотерапии могут быть продлены по решению ВК.

2. Патогенетическое лечение:

- Цель патогенетической терапии при туберкулезном плеврите - ликвидации явлений воспаления и предупреждения формирования выраженных фиброзно-склеротических изменений плевры.
- Выбор средств патогенетической терапии туберкулезного плеврита определяется фазой туберкулезного процесса: плевральная экссудация, рассасывание экссудата, фиброзно-склеротические изменения.
 - Глюкокортикостероиды,
 - Нестероидные противовоспалительные препараты,
 - Антиоксидантная терапия,
 - Десенсибилизирующие препараты,
 - Иммуностимулирующие препараты,
 - Курс лидазы.

3. Физиотерапевтическое лечение.

- Цель физиотерапевтического лечения при туберкулезном плеврите - противовоспалительное, бактериостатическое и гипосенсибилизирующее воздействие.
- **Курс физиотерапевтического лечения можно начинать через 1,5 – 2 месяца от начала полноценной химиотерапии и через 7-10 дней после прекращения накопления экссудата в плевральной полости, когда объем экссудата составляет менее 100 мл.**

4. Реабилитация

Главная задача состоит в активизации крово- и лимфообращения в плевре, предотвращении формирования фиброторакса и развития рестриктивной дыхательной недостаточности.

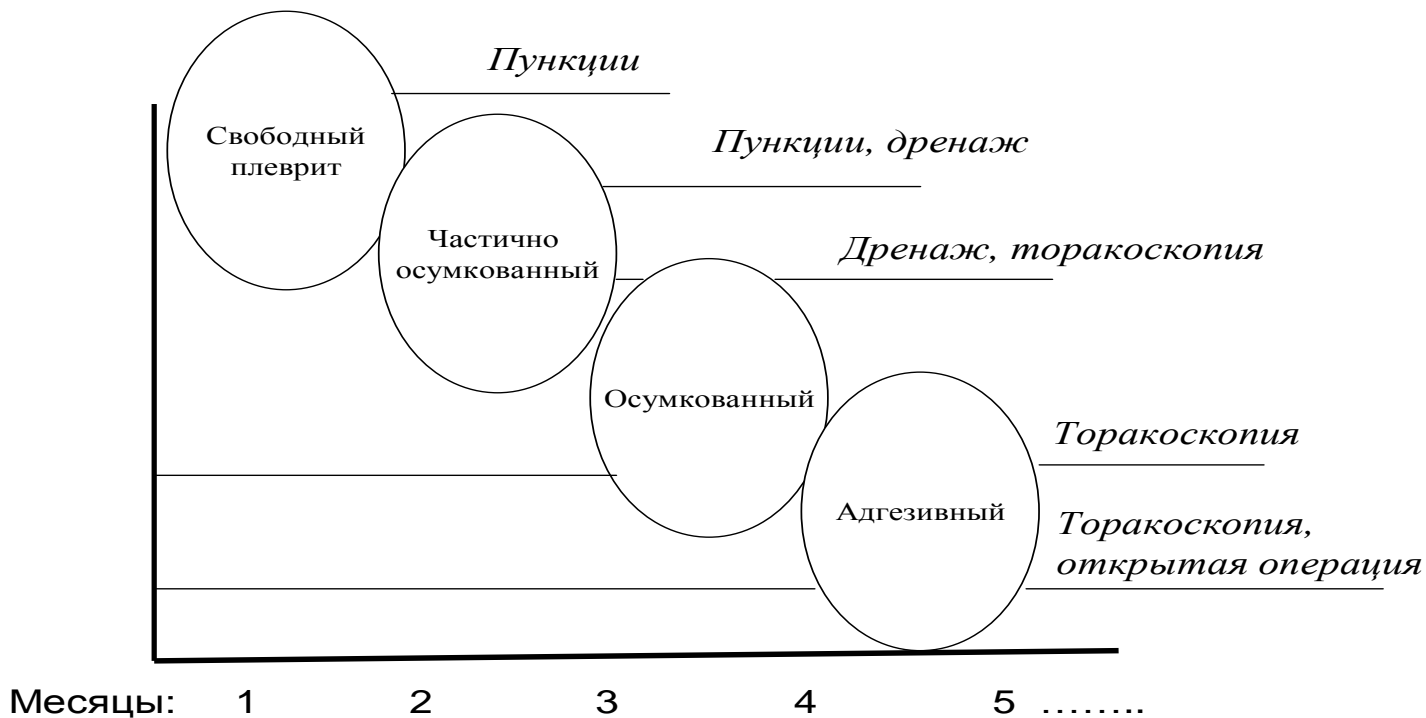
Для этого используют:

- двигательный режим,
- лечение положением,
- дыхательную гимнастику,
- массаж грудной клетки.

Хирургическое лечение

- **Представлены общие положения ведения больных с плевритом.**
- **Рассмотрены особенности и этапы хирургической помощи при:**
 1. **остром течении туберкулезного плеврита,**
 2. **частично осумкованном плеврите,**
 3. **осумкованном плеврите,**
 4. **адгезивном плеврите,**
 5. **острой эмпиеме плевры,**
 6. **хронической эмпиеме плевры.**

Сроки фаз туберкулезного плеврита и применяемые методы санации



Хроническая туберкулезная эмпиема плевры

Хирургическое лечение является этапным и сопровождается кроме ПТТ с учетом ЛЧ МБТ, проведением интенсивной дезинтоксикационной терапии, введением белковых препаратов, применением дополнительного энтерального и парентерального питания.

Этапы хирургического лечения хронических туберкулезных эмпием плевры

I. Первый

Цель - санации полости эмпиемы.

Операции выбора на данном этапе:

- 1. Торакоцентез с дренированием по Бюлау или активной аспирацией. Санация полости эмпиемы по дренажу с введением антисептиков, антибиотиков, противотуберкулезных препаратов.
- 2. ВТС санация полости эмпиемы с дренированием и последующей санацией по плевральному дренажу.
- 3. Вскрытие полости эмпиемы с формированием торакостомы с последующей открытой санацией полости эмпиемы.

II. Второй

Выполняется после санации полости эмпиемы, стабилизации состояния больного, компенсации легочно-сердечной недостаточности, нормализации водно-электролитного и белкового баланса.

При отсутствии бронхиального свища или при ограниченной эмпиеме с микрофистулой второй этап оперативного лечения является завершающим и включает в себя следующие оперативные вмешательства:

- 1. Торакомиопластика.
- 2. Плеврэктомия с декортикацией (возможно с резекцией пораженной части легкого)
- 3. Плевропневмонэктомия.

III. Третий

Плевропневмонэктомия у больных при наличии функционирующего бронхиального свища, при тотальной или субтотальной хронической эмпиеме плевры, у ослабленных больных с выраженной дыхательной недостаточностью для которых одномоментная плевропневмонэктомия представляет существенный риск, второй этап хирургического лечения у которых был представлен операцией отключения пораженного легкого – трансстернальная трансперикардальная (трансмедиастинальная) окклюзия главного бронха (возможно в сочетании с перевязкой легочной артерии и легочных вен).

БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ!