

УДК 616.24-002.5-072.7

© І. Т. П'ЯТНОЧКА, С. І. КОРНАГА, Ю. В. ДОВБУШ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського", Тернопільський обласний комунальний протитуберкульозний диспансер

## Відеоторакоскопія в клініці туберкульозу

I. T. PYATNOCHKA, S. I. KORNAHA, YU. V. DOVBUSH

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky", Ternopil Regional TB Dispensary

### VIDEOTHORACOSCOPY IN TUBERCULOSIS CLINIC

Зі 167 вперше діагностованих хворих із плевральним випотом, які перебували на стаціонарному лікуванні у фтизіохірургічному відділенні, комплексна відеоторакоскопія дозволила у 58,7 % пацієнтів верифікувати туберкульозну, у 23,4 % – неспецифічну і у 12,4 % – злоякісну природу захворювання. У 27,5 % хворих на туберкульозний плеврит виявлено мікобактерії туберкульозу МБТ, з яких у 5,5 % констатовано мультирезистентність.

Among 167 first diagnosed patients with pleural effusion who were hospitalized in TB-surgery department, complex videothoracoscopy allowed in 58,7 % of patients to verify tuberculosis, in 23,4 % – nonspecific and in 12,4 % – the malignant nature of the disease. In 27,5 % of tuberculous pleurisy patients micobacteries of tuberculosis were identified, among which 5,5 % was confirmed the multiresistance.

Плеврити є одним із частих захворювань людини. Під терміном "плеврити" розуміють велику низку патологічних процесів, які вирізняються своєю етіологією, патогенезом, клінічним перебігом, наслідками. Своєчасне виявлення захворювання, його характеру, фази процесу, локалізації й ускладнень має важливе практичне значення як у плані лікування власне плевритів, так і більшості захворювань, що їх спричинили, оскільки патологічні процеси в плеврі та плевральній порожнині мають зазвичай вторинний характер [1, 2]. Частіше це є ускладненням захворювань легень, органів межистіння, черевної порожнини і травм грудної клітки [3, 4]. Плевра часто і швидко реагує на різні шкідливі чинники і недуги, тому вірогідний етіологічний діагноз захворювання плеври є основою лікування [1, 5, 6, 7]. У зв'язку з цим ми поставили перед собою завдання з'ясувати частоту і причини плевральних випотів, використовуючи сучасну комплексну відеоторакоскопію у хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласному комунальному протитуберкульозному диспансері за останні два (2010–2011) роки.

*Мета роботи:* проаналізувати діагностичну цінність комплексної відеоторакоскопії при плевральних випотах у хворих за даними фтизіохірургічного відділення обласного комунального протитуберкульозного диспансеру.

Аналіз стосується 167 вперше діагностованих хворих із плевральним випотом, які перебували у фти-

зіохірургічному відділенні і яким в загальному комплексному обстеженні використовували відеоторакоскопію (ВТС). Пацієнтів чоловічої статі було 112 (67,1 %), жіночої – 55 (32,9 %), віком до 29 років – 29 (17,4 %), від 30 до 59 років – 94 (56,3 %) і понад 60 років – 44 (26,3 %) особи. Переважали мешканці села (68,9 %). Усім хворим, крім загальноклінічного, рентгенологічного, лабораторного досліджень, проводили комплексну відеоторакоскопію. Останню проводили під місцевою анестезією, після попередньої премедикації. Згодом вставляли два торакопорти в V–VI міжребер'ї по середній чи по передній пахвовій лінії. Проводили аспірацію випоту, формували пневмоторакс внаслідок відсутності герметичності торакопорта і проводили огляд плевральної порожнини і плевральних листків. Огляд завершувався біопсією плеври з 3–4-х найбільш уражених ділянок. Біоптат піддавали цитологічному, гістологічному та бактеріологічному дослідженням, а також проводили загальний аналіз плевральної рідини, цитологічне її дослідження і посів на мікобактерії туберкульозу (МБТ).

Наведений матеріал дослідження засвідчив, що плевральний випіт вдвічі частіше спостерігали у хворих чоловічої статі та жителів села, переважно середнього та зрілого віку. Це може свідчити про важку фізичну працю в незадовільних умовах, шкідливі звички, низьку санітарну грамотність, а також незадовільне медичне обслуговування сільського населення.

У таблиці 1 наведено структуру діагнозів, встановлених на догоспітальному етапі та після всебічного комплексного обстеження в стаціонарі, включаючи ВТС із морфологічною, цитологічною та бактеріологічною верифікацією діагнозів.

Як бачимо з наведеної таблиці, більшість плевритів була туберкульозної етіології (58,7%), дещо рідше неспецифічної (23,4%) і злоякісної природи – 12,4%.

Отже, комплексна ВТС виявилася високоінформативною і специфічною при верифікації діагнозу, що дає підставу вважати її “золотим стандартом” діагностики плевральних випотів.

При синдромі, що супроводжується плевральним випотом, великого значення набула відеоторакоскопічна діагностика туберкульозного плевриту, оскільки за останні роки спостерігається його почастищення [2]. Так, за результатами проведеного нами аналізу, туберкульозний плеврит у 2002–2006 роках у структурі вперше діагностованого туберкульозу органів дихання становив 4,95%, а в 2007–2011 рр. – 6,38% ( $p < 0,05$ ). Слід звернути особливу увагу на те, що у 91 хворого із вперше діагностованим туберкульозним плевритом та емпіємою плеври, яким проводили ВТС із біопсією плеври і гістологічним, цитологічним, бактеріологічним дослідженням, у 25 (27,5%) пацієнтів виявлено МБТ.

У 15 (16,5%) з них констатовано первинну хіміорезистентність, в тому числі у 5 (5,5%) осіб – мультирезистентність. Усе це має особливо велике практичне значення, оскільки своєчасна адекватна корекція антимікобактеріальної терапії дозволила досягти у хворих позитивних результатів лікування в коротші терміни (в середньому на 9 днів).

Кожна ВТС завершувалася дренажуванням плевральної порожнини протягом 3–5 днів. Серед ускладнень у двох пацієнтів спостерігали кровотечу з міжреберної судини.

На завершення констатуємо, що сучасна ВТС характеризується високою діагностичною інформативністю та специфічністю, мінімальною травматичністю, незначною кількістю ускладнень і меншою тривалістю перебування хворих у стаціонарі.

**Висновки.** 1. За останнє десятиріччя плевральні випоти серед вперше діагностованих хворих на туберкульоз органів дихання почастишали, зокрема за останні п’ять років порівняно з попередніми роками з 4,95 до 6,38% ( $p < 0,05$ ).

2. Комплексна відеоторакоскопія високоінформативна і специфічна, і її слід широко проводити у хворих із плевральними випотами в спеціалізованих торакальних, зокрема у фтизіохірургічних відділеннях.

Таблиця 1. Структура діагнозів до госпіталізації та після комплексної ВТС

| Діагноз                      | До госпіталізації |      | Після ВТС |      |
|------------------------------|-------------------|------|-----------|------|
|                              | абс.              | %    | абс.      | %    |
| Плеврит невідомої етіології  | 144               | 86,2 | 6         | 3,6  |
| Туберкульоз плеври           | 12                | 7,2  | 87        | 52,1 |
| Туберкульозна емпієма плеври | 2                 | 1,2  | 11        | 6,6  |
| Емпієма плеври               | 3                 | 1,8  | 3         | 1,8  |
| Неспецифічний плеврит        | –                 | –    | 29        | 17,3 |
| Парапневмонічний плеврит     | 3                 | 1,8  | 6         | 3,6  |
| Гідроторакс                  | 3                 | 1,8  | 2         | 1,2  |
| Піопневмоторакс              | –                 | –    | 1         | 0,6  |
| Хілоторакс                   | –                 | –    | 1         | 0,6  |
| Метастатичний плеврит        | –                 | –    | 17        | 10,2 |
| Мезотеліома                  | –                 | –    | 4         | 2,4  |
| Разом                        | 167               | 100  | 167       | 100  |

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пульмонологія та фтизіатрія : підручник : у 2 т. / за ред. Ю. І. Фещенка, В. П. Мельника, І. Г. Ільницького. – Київ, Львів : Атлас, 2009. – 1336 с.  
 2. Лискина И. В. Туберкулёзные плевриты: эпидемиологические и клинично-анатомические аспекты, современное состояние проблемы в Украине / И. В. Лискина // Укр. пульмон. журнал. – 2004. – № 1. – С. 47–50.  
 3. Відеоторакоскопія в діагностиці та хірургічному лікуванні туберкульоза / В. А. Пархонов, І. С. Поляков, В. Б. Конюхов [и др.] // Хирургия. – 2002. – № 6. – С. 14–16.  
 4. Болєзни плевры / под ред. В. В. Ерохина. – М. : Медицина, 2010. – 256 с.

5. Калабуха И. А. Відеоторакоскопія во фтизіохірургії [Електронний ресурс] / Калабуха И. А., Івашенко В. Е., Матєний Е. Н. URL: <ftp://ftp1.ifp-kiev.ua/original/2012/kalabuha2012-1.pdf>.  
 6. Diagnosis tools in tuberculosis pleurisy: a direct comparative study / A. H. Diacon, B. W. Van de Wal, C. Wyser [et al.] // Eur. Resp. J. – 2003. – Vol. 22. – P. 589–591.  
 7. Chan P. Treatment of pleural empyema / P. Chan, O. Crawford, C. Wallis // J. Pediatr. Child. Health. – 2000. – Vol. 36, № 9. – P. 375–377.

Отримано 25.12.12