

## РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПЛЕВРИТУ

РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПЛЕВРИТУ – У статті наведено дані про частоту плевральних випотів серед хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання, а також про важливе значення відеоторакоскопії при діагностиці та верифікації етіології плевритів, як й інших захворювань плеври.

РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПЛЕВРИТА – В статье приведены данные о частоте плевральных выпотов среди больных с впервые диагностированным туберкулезом органов дыхания, а также о важном значении видеоторакоскопии при диагностике и верификации этиологии плевритов, как и других заболеваний плевры.

VIDEOTHORACOSCOPY ROLE IN DIAGNOSTIC OF TUBERCULOUS PLEURISY – The article presents data on the frequency of pleural effusions in the first diagnosed pulmonary tuberculosis patients, as well as the importance of videothoracoscopy the diagnosis and etiology of pleurisy verification, as well as other diseases of the pleura.

**Ключові слова:** плевральні випоти, туберкульозний плеврит, відеоторакоскопія.

**Ключевые слова:** плевральные выпоты, туберкулезный плеврит, видеоторакоскопии.

**Key words:** pleural effusions, tuberculous pleurisy, videothoracoscopy.

**ВСТУП** Патологічні процеси в плеврі та плевральній порожнині мають зазвичай вторинний характер. Частіше це ускладнення травм грудної клітки, захворювань легень, органів середостіння і черевної порожнини (панкреатит, піддіафрагмальний абсцес, перфорація стравоходу при хірургічному втручанні на органах черевної порожнини та грижі діафрагми). Однак переважно плеврити є туберкульозного походження.

Туберкульозний плеврит – це специфічне запалення плеври, що розвивається як ускладнення легеневого, позалегового процесу або як самостійна форма туберкульозу. Найчастіше плеврит є ускладненням первинного чи дисемінованого туберкульозу легень. Мікобактерії туберкульозу (МБТ) проникають в плевру лімфогенним, гематогенним або контактним шляхами [1–3]. За механізмом розвитку виділяють плеврит алергічний, перифокальний і туберкульоз плеври. Алергічний – частіше буває при первинному туберкульозі та є проявом гіперсенсibiliзації плеври продуктами розпаду МБТ. Провокуючим чинником є травма або переохолодження грудної клітки.

Перифокальний плеврит виникає в результаті поширення туберкульозного запалення на плевру і нерідко має обмежений характер.

Туберкульоз плеври найчастіше виникає як ускладнення первинного і дисемінованого туберкульозу легень. На плеврі з'являються туберкульозні горбики й ексудат. Туберкульоз плеври, власне емпієма, супроводжується накопиченням гнійного ексудату і має тривалий перебіг. При цьому плевра значно потов-

щена внаслідок більш тривалого запального, некротично-казеозного процесу, розвитку специфічної грануляційної тканини і рубцевих змін.

Залежно від характеру запалення туберкульозний плеврит поділяється на дві форми: сухий (фібринозний) і ексудативний (випітний), а від характеру ексудату плеврит може бути серозним, гнійним, геморагічним, змішаним, хільозним і псевдохільозним. За локалізацією виділяють: костальний, косто-діафрагмальний, наддіафрагмальний, міжчастковий, медіастинальний, верхівковий плеврити. Перебіг плевритів може бути гострим, підгострим та хронічним. Клінічні симптоми плевриту досить різноманітні. Однак найчастішими є біль у боці, кашель, задишка, підвищення температури тіла, обмеження відповідної половини грудної клітки в акті дихання, шум тертя плеври, притуплення перкуторного звуку, послаблене дихання, лейкоцитоз, прискорена ШОЕ тощо. Діагностувати випіт в плевральній порожнині не становить труднощів, значно тяжче доказати етіологію плевриту [1, 3]. Тому ми намагалися показати значення відеоторакоскопії (ВТС) при верифікації плевральних випотів, зокрема туберкульозного походження.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** За даними медичних карт стаціонарних хворих за останні 10 років (2002–2011 рр.) вивчено частоту туберкульозних плевритів у структурі вперше діагностованих хворих на туберкульоз органів дихання. За 2010–2011 роки вивчено частоту і характер туберкульозних випотів за даними всебічного обстеження, зокрема комплексної відеоторакоскопії. ВСТ проводили під місцевою анестезією після попередньої премедикації. Опісля вставляли два торакопорти, переважно в V–VI міжребер'ї по середній чи по передній паховій лінії, аспірували випіт, формували пневмоторакс, внаслідок відсутності герметизації, і проводили огляд плевральної порожнини з прицільною біопсією парієтальної та вісцеральної плеври для гістологічного, цитологічного і бактеріологічного дослідження.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Останніми роками спостерігається почастищення плевральних випотів. За результатами аналізу, проведеного нами, в структурі хворих на вперше діагностований туберкульоз органів дихання у стаціонарі Обласного комунального протитуберкульозного диспансеру туберкульозні плеврити у 2002–2006 роках констатовані в 4,95 % осіб, а у 2007–2011 роках – у 6,38 % ( $p < 0,05$ ). Своєчасне виявлення плевриту і його етіологічної приналежності має особливо важливе практичне значення в плані проведення адекватного лікування [3–5]. Тому інвазивні методи діагностики і лікування захворювань органів грудної порожнини стають все більш актуальними і найпоширенішим із них є ВТС [6, 7].

У 2010–2011 роках 167 хворих були госпіталізовані у фтихіохірургічне відділення з приводу плев-

ральних випотів, переважна більшість із них була невідомої етіології (86,2 %). Усім 167 хворим проведено ВТС, основною метою якої був візуальний огляд плевральної порожнини, парієтальної та вісцеральної плеври з прицільною біопсією, і наступним цитологічним, бактеріологічним й гістологічним дослідженнями. Після всебічного комплексного обстеження і, зокрема ВТС, туберкульозний плеврит верифіковано у 87 (52,1 %), туберкульозну емпієму плеври – в 11 (6,6 %), гнійний плеврит – у 4 (1,4 %), неспецифічний парапневмонічний плеврит – в 35 (21,0 %), кардіогенний випіт – у 2 (1,2 %), хілоторакс – у 1 (0,6 %), метастатичний плеврит – у 17 (10,2 %) і мезотеліому плеври – в 4 (2,4 %) хворих. У 6 (3,6 %) причину плеврального випоту не вдалося верифікувати. Отже, найбільша частка плевральних випотів була туберкульозної, дещо рідше неспецифічної та злоякісної природи. Слід відмітити, що на догоспітальному етапі туберкульозний плеврит і туберкульозну емпієму було діагностовано лише у 7,2 і 1,2 % пацієнтів відповідно, після ВТС – у 52,1 і 6,6 % хворих.

При огляді плеври у хворих на туберкульозний плеврит виявлено характерні горбикові висипання, злуки, інфільтрацію, потовщення плеври. Біопсію проводили з місць найвираженіших патологічних змін із наступним гістологічним і бактеріологічним дослідженням. Елементи туберкульозної гранульоми із 98 пацієнтів констатовано у 91 (92,9 %) хворих, у решти 7 (7,1 %) пацієнтів діагноз було підтверджено бактеріологічно. В плевральній рідині МБТ було виявлено лише у 5 (5,5 %) осіб. Загалом, при бактеріологічному дослідженні біоптатів і плевральної рідини у 25 (27,5 %) хворих були виявлені МБТ. У 15 (16,5 %) із них констатовано первинну хіміорезистентність, а у 5 (5,5 %) – мультирезистентність. Резистентність до стрептоміцину спостерігали у 10 хворих, ізоніазиду – в 7, рифампіцину – у 6 і етамбутолу – в 3 осіб. Отже, найчастіше резистентність спостерігали до стрептоміцину, що може слугувати підставою для відмови застосування препарату при лікуванні хворих з туберкульозним випотом.

**ВИСНОВКИ 1.** Плевральні випоти в клініці туберкульозу за останнє десятиріччя почастишали, своєчасне їх виявлення з верифікацією етіологічної приналежності має особливо важливе практичне значення, передусім, в плані адекватного лікування.

2. Враховуючи інфекційну природу туберкульозу плеври, важливо морфологічне дослідження біоптатів доповнювати бактеріологічним дослідженням.

3. Висока інформативність і специфічність відеоторакоскопії з біопсією плеври, морфологічною і бактеріологічною верифікацією діагнозу, дають підставу вважати її “золотим стандартом” діагностики туберкульозних випотів, підвищити ефективність лікування.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні віддалених результатів лікування туберкульозних плевритів залежно від чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Перельман М. И. Фтизиатрия [Текст] : учебн. – 3-е изд., перераб. и доп. / М. И. Перельман, В. А. Корякин, И. В. Богдельникова. – М.: ОАО Издательство “Медицина”, 2004. – 520 с.
2. Пульмонологія та фтизіатрія : підруч. : у 2-х т. / за ред. Ю. І. Фещенко, В. П. Мельника, І. Г. Ільницького. – Київ, Львів : Атлас, 2009. – 1336 с.
3. Лискина И. В. Туберкулёзные плевриты: эпидемиологические и клинко-анатомические аспекты, современное состояние проблемы в Украине / И. В. Лискина // Укр. пульмон. журнал. – 2004. – № 1. – С. 47–50.
4. Опанасенко М. С. Дворічний досвід застосування відеоторакоскопії для діагностики та лікування захворювань органів грудної порожнини / М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, В. І. Клименко [та ін.] // Укр. пульмон. журнал. – 2010. – № 1. – С. 68–72.
5. Diagnosis tools in tuberculosis pleurisy: a direct comparative study [Text] /A. H. Diacon, B. W. Van de Wal, C. Wyser [et al.] // Eur. Resp. J. – 2003. – Vol. 22. – P. 589–591.
6. Опанасенко М. С. Використання різних інструментальних методів для діагностики плевральних випотів неясної етіології / М. С. Опанасенко // Укр. пульмон. журнал. – 2007. – № 3. – С. 74–78.
7. Hu J. Localisation of small pulmonary nodules for videothoracoscopic surgery [Text] / J. Hu, C. Zhang, L. Sun // ANZ. J. Surg. – 2006. – Vol. 76. – P. 649–651.

Отримано 25.12.12