

ВПЛИВ СИСТЕМИ ДІАГНОСТИКИ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ НА РЕЗУЛЬТАТИ ТОРАКОСКОПІЇ

І.Д.Дужий, М.Д.Близнюк, С.О.Чумак, Я.І.Пузич

Кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини і фтизіатрії медичного інституту
Сумського державного університету

Реферат. На підставі даних літератури автори показують складнощі діагностики синдрому плеврального випоту, який буває провідним синдромом у більшості випадків захворювань плевральної порожнини. Запізніла діагностика випоту призводить до непереборних труднощів при верифікації процесу. Проаналізовано дві групи хворих з різною системою діагностики синдрому плеврального випоту. У основній групі вивчено 117 хворих, де первинним методом променевої діагностики була ультрасоноскопія. У групі порівняння першим методом променевого дослідження була традиційна рентгенографія. Ускладнення у вигляді значних плевральних нашарувань та деформації діафрагми у групі порівняння зустрілись частіше у 4,7 рази.

Ключові слова: плевральний випіт, система діагностики, ускладнення.

Вступ. Активація туберкульозної інфекції з кінця 80-х років минулого століття спонукала ВООЗ заявити про глобальну загрозу цього захворювання людству. Не лишалася осторонь цих подій і наша держава. У 1995 році в Україні зафіксована епідемія туберкульозу [1].

У країнах Західної Європи і Нового Світу у структурі туберкульозу превалюють позалегеневі його форми. У нашій державі, східній Європі і пострадянських країнах переважають легеневі форми захворювання. Туберкульоз плеври займає проміжне місце між цими двома основними локалізаціями сухот [2, 3].

Разом з тим діагностика туберкульозу плеври залишається складною. З одного боку, встановлення синдрому плеврального випоту (СПВ), що деякими авторами вважається досить простим, має відповідні складнощі. У зв'язку з чим СПВ діагностується у термін від 10-15 днів до декількох тижнів і місяців [4, 5]. Це неминуче призводить до розвитку більш чи менш поширених плевральних нашарувань та злук, що створює інколи значні труднощі при верифікації процесу шляхом торакоскопічної ендоскопії, яка є головним засобом етіологічної діагностики СПВ, оскільки ця проблема – проблема хірургічна [3, 6].

Огляд літератури. Відомо, що вмістом плевральної порожнини при СПВ може бути трансудат або ексудат. Останні відрізняються між собою лише вмістом білка. Залежно від етіології процесу вміст білка у плевральному випоті суттєво відрізняється. Проникаючи у міжтканевий простір, у тому числі і плевральні листки, після чого у плевральний випіт, білок при наближенні його кількості у міжтканевій рідині до рівня у крові зумовлює зупинку обмінних процесів. У зв'язку з цим П.А.Теппер у свій час зробив висновок, що «... різний запальний процес, який перебігає з втягненням у свою орбіту плевральних листків, перш за все є процесом, що ліквідує на більший чи менший проміжок часу функцію плеврального покриву. При наступних пластичних процесах вона ліквідується назавжди» [2]. Враховуючи це, можна думати, що залежно від інтенсивності запалення і характеру плеврального патологічного процесу, наслідки його можуть бути непередбаченими. Але частіше за все на плевральних листках формуються фібринні нашарування, які відіграють роль матриці, на якій з часом розвивається сполучна тканина, що веде до розвитку зрощень різної масивності і поширеності. За автором такі зрощення не схильні до інволюції [3].

Наприкінці лікування туберкульозного плевриту плевральні нашарування були виявлені у 69,4% хворих [5]. Повне розсмоктування

випоту без утворення плевральних зрощень знайшли лише у 10,8% хворих на туберкульозний плеврит. У 35% злуковий процес вони розцінили як помірний, у 54% - як значний. Грубі плевральні нашарування наприкінці лікування в усіх хворих відмітив незважаючи на те, що розсмоктування випоту відбулось на 15-20 день лікування[7]. Про значні залишкові зміни у плевральній порожнині у 25% хворих говорить [8]. Про плевральні зміни після лікування говорять і більш пізні автори [1].

Разом з тим дослідники, що займалися проблемою захворювань плеври відмічають порушення функції діафрагми до 78,0% [2]. Такі ж дані наводять [5]. Навіть при відсутності рентгенологічних ознак залишкових змін у плеврі спостерігали порушення функції зовнішнього дихання від 40% до 61% обстежених [8]. Поширеність плевральних змін пов'язували з терміном госпіталізації хворих до відділення [2, 3, 5, 8].

Актуальність проблеми полягає в тому, що несвоєчасно діагностований СПВ важко, а іноді і неможливо верифікувати. Неверифікований СПВ неможливо етіотропно лікувати, що робить його наслідки непередбаченими, оскільки випіт може мати неопластичну етіологію, туберкульозну і таке інше. Окрім цього плевральні нашарування зменшують функціональну здатність легень і ведуть до розвитку дихальної недостатності або хронізації плевриту.

Невирішені частини проблеми. Існують різні підходи до верифікації захворювання, але все починається із синдромної діагностики. Як її удосконалити і оптимізувати ми вивчили у ході виконання роботи.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилося дві групи хворих. Група порівняння складалась із 127 людей, де первинним методом променевої діагностики була традиційна рентгенографія і флюорографія. Основна група складалась із 117 осіб, де первинним методом променевої діагностики була ультрасоноскопія.

Отримані результати та їх обговорення. Час обстеження хворих обох груп визначався характером маніфестації процесу. До 4 тижнів з часу маніфестації захворювання у основній групі звернулося за допомогою 113 (96,6%) хворих і більшість з них 80 (68,4%) була обстежена шляхом хірургічної ендоскопії через 1-2 доби, тобто, у середньому через 4 тижні з часу маніфестації процесу 32 (27,4%) хворих – обстежених між 4 і 6 тижнями і тільки 5 (4,3%) після 6 тижня. У групі порівняння у цей термін звернулось 102 (80,3%) особи, але більшість з них 99 (99,0%), була обстежена хірургічним методом у середньому через 8-10 тижнів, що було пов'язано з помилковим трактуванням першого рентгенологічного дослідження, внаслідок чого частина хворих лікувалась від нервово-м'язево-кісткових захворювань, а інші – від пневмонії. Інші хворі основної групи (4) звертались за допомогою до 60 дня, а хворі групи порівняння (25) - до 65 дня. Тривалість процесу, безумовно, відбилась на плевральних нашаруваннях у кількісному і якісному відношеннях. Такі зміни у плевральній порожнині при торакоскопії встановлено у 37 (31,6%) хворих основної групи і у 110 (86,6%) хворих групи порівняння, що було частіше у 2,8 рази ($P < 0,05$). Площу враження плеври ми вивчали за методом долоні, яка у середньому становить 1,2% площі тіла.

При хірургічному обстеженні хворих основної групи до 4 тижнів нашарування не були знайдено взагалі. У період 4-6 тижнів нашарування у розмірі до 2% площі тіла зустріли у 19 (51,4%) хворих з виявленими нашаруваннями; від 2 до 4% - у 11 (29,7%) хворих з виявленими нашаруваннями; від 5 до 6% - у 2 (5,4%) досліджених. При хірургічній ендоскопії після 6 тижнів нашарування були більш поширеними, але у меншій кількості хворих: від 2 до 4% поверхні тіла, від 5 до 6% - у 3 (60,0%) хворих, що частіше, попередня поширеність у 1,5 рази ($P < 0,05$). Отже, поширеність нашарувань серед хворих основної групи до 2% поверхні тіла мала місце у 19 (51,4%) хворих, поширеність від 2 до 4% - у 13 (35,1%)

хворих, від 5 до 6% - у 5 (13,5%) осіб. Таким чином у цій групі незначна поширеність нашарувань (до 2%) зустрілась максимально часто у більшій частини досліджених – 51,4%.

Вище було зазначено, що хворі групи порівняння досліджувались хірургічним методом у середньому на 4-6 тижнів пізніше. При цьому до 8 тижнів хірургічного дослідження плевральні нашарування знайдено у 37 (33,6%) хворих. Серед них нашарування до 2% поверхні тіла зустрілись у 7 (6,4%) хворих. Нашарування від 2 до 4% поверхні тіла мали місце у 13 (11,8%) хворих; враження плеври від 5 до 6% зустріли - у 11 (10,0%) осіб; поширеність нашарувань на плеврі більше 6% мало місце у 6 (5,5%) хворих.

Після 8 тижнів (8-12) нашарування на плеврі до 2% зустріли у 3 (2,7%) хворих, від 2 до 4% - у 13 (11,8%) осіб; від 5 до 6% - у 19 (17,3%) хворих; поширеність нашарувань більше 6% тіла мало місце у 13 (11,8%) хворих.

Після 10 тижнів враження плеври до 2% не було знайдено, від 2 до 4% зафіксовано у 4 (3,6%) хворих; від 5 до 6% - у 8 (7,3%) хворих, нашарування більші за площею від 6% зустрілись у 13 (11,8%) досліджених.

Загалом незначні нашарування поширеністю до 2% мали місце у 10 (9,1%) хворих, що менше ніж у основній групі за відносними цифрами у 5,6 рази ($p < 0,05$). Нашарування від 2 до 4% у групі порівняння зустріли у 30 (27,3%) хворих, що рідше, ніж у основній групі у 1,3 раз ($p < 0,05$). І зовсім інакше ситуація проявилась з більш поширеними за площею нашаруваннями. Так, від 5 до 6% враження плеври було у 38 (34,5%) хворих групи порівняння і у 5 (13,5%) хворих основної групи, що більше у 2,6 рази ($p < 0,05$). Враження понад 6% площі тіла у основній групі не було, а у хворих групи порівняння зустріли 32 (29,1%) осіб. Об'єднавши кількість хворих із значними плевральними нашаруваннями, що більше 5% площі тіла, бачимо, що у основній групі їх було лише 13,5%, а у групі порівняння – 63,6%, що більше у 4,7 рази ($p < 0,05$).

Заключення. Наведені цифри підтверджують ефективність застосованої системи діагностики плеврального випоту, за якою хворі обстежуються хірургічним методом (торакоскопія) на 4-6 тижнів раніше, внаслідок чого нашарування зустрічаються значно рідше, що сприяє ефективній ендоскопії, плевробіопсії і гістологічному дослідженню біоптатів. З іншого боку дані цифри об'єктивно ілюструють, що чим довше тягнеться патологічний процес у плевральній порожнині, тим частіше і поширеніше відбувається процес плевральних нашарувань.

Перспективи подальших розвідок. Застосування запропонованої системи діагностики плеврального випоту, в основі якої первинним променеви́м методом є ультрасоноскопія, допоможе своєчасно і якісно верифікувати захворювання плеври, що надійно попередить розвиток такого ускладнення як злуковий процес плевральної порожнини.

Завідувач кафедри загальної хірургії
професор доктор медичних наук

І.Д. Дужий

Аспірант кафедри загальної хірургії

М.Д. Близнюк

Аспірант кафедри загальної хірургії

С.О. Чумак

Кандидат медичних наук здобувач
кафедри загальної хірургії

І.Я. Пузич

Список літератури:

- 1 **Фещенко Ю.І.** Організація протитуберкульозної допомоги населенню /Ю.І.Фещенко, В.М.Мельник .-К.:Здоров'я, 2006.-654 с.
- 2 **Дужий І.Д.** Клінічна плеврологія .-К.:Здоров'я.-384 с.
- 3 **Дужий І.Д.** Труднощі діагностики хвороб плеври.-Суми: Мрія-1 ТОВ, 2008.-560 с.
- 4 **Соколов В.А.** Дифференціальна діагностика плевральних выпотів /В.А.Соколов, А.В.Савельев, С.Ю.Красноборова //Променева діагностика і променева терапія.-2001.-№3.-С.24-28.
- 5 **Семененков Ю.Л.** Плевриты /Ю.Л.Семененков, А.Б.Горбулин.-К.:Здоров'я,1983.-181 с.
- 6 **Богущ Л.К.** Биопсия в пульмонологии /Л.К.Богущ, И.А.Жарахович //Биопсия в пульмонологии.-М.:Медицина.-1977.-239 с.
- 7 **Абуев Г.А.** Экссудативный плеврит у лиц молодого возраста /Г.А.Абуев //Матер.11 съезда фриз. Закавказ.республик.-Тбилиси, 1974.-С.163-164.
- 8 **Данциг И.И.** Клиника туберкулезного экссудативного плеврита /И.И.Данциг, И.Г.Сизова, П.И.Шугало //Пробл.туберкулеза.-1976.-№8.-С.36-38.
- 9 **Вайль С.С.** Ошибки клинической диагностики /С.С.Вайль.-Л.:Медицина, Ленингр.отд-ние, 1969.-293 с.

ВЛИЯНИЕ СИСТЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ТОРАКОСКОПИИ

Реферат. На основании данных литературы авторы показали сложности диагностики синдрома плеврального выпота, который бывает основным в большинстве случаев заболеваний плевральной полости. Поздняя диагностика выпота создает большие трудности при верификации процесса. Изучено две группы больных с разной системой диагностики выпота. В основной группе изучено 117 больных, где первым методом лучевой диагностики была ультрасоноскопия. В группе сравнения первым методом лучевого исследования была традиционная рентгенография. Осложнения в виде значительных плевральных наслоений и деформации диафрагмы в группе сравнения встретились чаще в 4,7 раза.

Ключевые слова: плевральный выпот, система диагностики, осложнения.