

компенсаторного емфізематозного розширення легень і зменшення дії „діафрагмальної помпи”, було попереджено засмоктування вмісту хворої ділянки легені у здорові, що дало змогу уникнути аспіраційних „відсівів” та попередити можливу реактивацію туберкульозу.

## SUMMARY

*The authors give data from literature that ground application indications for collapsosurgery methods when treating pulmonary tuberculosis that is complicated by antibacterial drug resistance of tuberculosis mycobacteria. The authors suggest pneumoperitoneum during pre- and postoperative periods, they share their treatment experience of 31 patients.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дужий І.Д. Екстраплевральна торакопластика та її місце в умовах епідемії туберкульозу // Клін. хірургія.-2—3.-№ 8.-С.38-40.
2. Афанасьев Н.Х., Винокуров И.И., Самсонова К.П. Эффективность коллапсохирургических вмешательств у больных деструктивным туберкулезом // Пробл. туберкулеза.-1997.-№ 2.-С.37-38.
3. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври .-К.:Здоров'я, 2003.-358 с.
4. Кобелева Г.В., Копылова И.Ф., Григорьева Е.А. Состав и морфологическая характеристика летальных исходов от туберкулеза // Пробл. туберк.-2002.-№ 5.-С.52-55.
5. Скрипник Н.А., Штейнцайг А.И. Неотложная диагностика туберкулеза и больных, госпитализированных в институт скорой помощи // Пробл. туберк.-1997.-№ 4.-С.14-17.
6. Шилова М.В., Хрулева Т.С. Эффективность лечения больных туберкулезом на современном этапе // Пробл. туберк. и болезней легких.-2005.-№ 3.-С.3-11.
7. Худушина Т.А., Волошина Е.П., Маслакова М.Г. и др. Некоторые аспекты работы противотуберкулезного диспансера в сложившейся социально-экономической ситуации // Пробл. туберк.-2002.-№ 3.-С.8-10.
8. Мельник В.М., Валецький Ю.М., Манохіна О.Ю. та ін. Причины неэффективного лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень // Журнал практичного лікаря.-2004.-№ 4.-С.17-20.
9. Репин Ю.М., Аветисян А.О., Ельзин А.В. и др. Значение лекарственной устойчивости микобактерий в хирургии туберкулеза легких // Пробл. туберк.-2001.-№ 9.-С.6-10.
10. Фролов Г.А., Попкова Н.Л., Калашников А.В. Результаты хирургического лечения больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью // Пробл. туберк.-2002.-№ 7.-С.15-18.
11. Гиллер Г.В. Эффективность экстраплевральной торакопластики при туберкулезе легких // Пробл. туберк.-2002.-№ 11.-С.32-33.

*Надійшла до редакції 8 листопада 2006 р.*

УДК 616.24-002.5:616.25-002(477.82)

## ДО ПИТАННЯ ЕТІОЛОГІЇ СИНДРОМУ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ ПРИ АКТИВНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ

**І.Д. Дужий, д-р мед. наук, проф.; В.Р. Крамаревич, здобувач;**

**Райд З. Я. Ель Асталь, здобувач**

*Сумський державний університет,*

*Волинський протитуберкульозний диспансер*

*Автори наводять дані літератури, за якими легеневі патологічні процеси можуть супроводжуватися СПВ. Діляться власними спостереженнями щодо розвитку різних видів плеврального випоту при активних формах туберкульозу легень. Діляться спостереженням 81 хворого.*

## ВСТУП

У зв'язку із значними змінами екологічної обстановки з кожним роком у клінічній практиці все частіше трапляються серозити,

етіологічна діагностика яких має відповідні особливості і супроводжується значними труднощами. Серед усіх серозитів найчастіше спостерігається ураження плеври – синдром плеврального випоту (СПВ). Останній буває проявом різноманітних захворювань, у тому числі і туберкульозного характеру. Первинне ураження плеври туберкульозного генезу сягає 52 – 53 % серед усіх виявлених хворих із СПВ [1]. Залежно від тривалості даного синдрому при специфічному чи неспецифічному ураженні плеври останнє може перейти у хронічну форму, що призводить до потреби виконання реконструктивно – оперативного втручання, а при запізнілій діагностиці - до тяжкої інвалідизації внаслідок формування хронічного легеневого серця [1, 5]. Все ж треба сказати, що верифікація діагнозу за відсутності легеневого процесу хоча і складна, та все ж можлива [1].

Відомі випадки, коли за наявності якогось патологічного процесу легень у плеврі паралельно виникав інший процес, не пов'язаний із існуючим [2]. Описані випадки, коли за наявності туберкульозу легень розвивався онкологічний процес у плевральній порожнині [1, 3]. За [4], у плевральній порожнині розвивалось ураження гранулематозного генезу. За іншими авторами, активний туберкульоз легень, що проходив при негативній пробі Манту, у 20 % випадків супроводжувався синдромом плеврального випоту. З іншого боку, при позитивній пробі Манту такий синдром розвивався лише у 10 % випадків.

### НЕВИРІШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

З огляду на викладене виникають питання стосовно можливості паралельного перебігу легеневого та плеврального процесів тотожного генезу або навпаки – можливості співіснування процесів, які етіологічно досить віддалені один від одного: туберкульоз і онкологічні процеси; туберкульоз та неспецифічні запалення.

### МЕТА РОБОТИ

Отже, перед нами була мета вивчити частоту та характер синдрому плеврального випоту при різних формах активного туберкульозу легень та встановити зв'язок плеврального випоту із запаленням плеври специфічного чи неспецифічного генезів. У разі останнього - встановити причину такого.

### ВИКЛАДЕННЯ ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ТА ЙОГО ОБГОВОРЕННЯ

Робота базується на клінічному матеріалі Волинського обласного протитуберкульозного диспансеру, зібраному впродовж останніх 5 років. Ми спостерігали 81 хворого, серед яких було 11 жінок та 70 осіб чоловічої статі. Тривалість захворювання від 4 до 36 місяців. Усі пацієнти були виявлені при зверненні. Характерним було нарощування кількості пацієнтів із синдромом плеврального випоту із року в рік, що підтверджувало дані, наведені в огляді літератури. Так, у 2000 році було 2 таких пацієнти, у 2001 році – 6, у 2002 році – 7, у 2003 році – 10, у 2004 році – 30, у 2005 році – 26 пацієнтів. Думаємо, що ці статистичні дані підтверджують висновки інших авторів стосовно значної алергізації населення внаслідок значної зміни екологічного середовища.

Пацієнтів, хворих на вогнищевий туберкульоз, що супроводжувався плевральним випотом, було 36; пацієнтів, хворих на інфільтративний туберкульоз, ускладнений плевральним випотом, було 21; пацієнтів, хворих на дисемінований туберкульоз, – 3; на фіброзно – кавернозний туберкульоз – 1; туберкуломи легень – 3.

Верифікація процесу у плевральній порожнині відбувалася шляхом торакоскопії та плевробіопсії із подальшим вивченням біоптату

цитологічним та гістологічним методами. В усіх випадках (64), підтверджених гістологічно, при ендоскопії виявляли типову картину туберкульозу плеври [1, 2, 3]. У 17 випадках мала місце неспецифічна картина запалення у вигляді незначної гіперемії без явного набряку пристінкового листка плеври та поширених фібринних нашарувань. Гістологічно мало місце неспецифічне запалення, а цитологічно – змішана лейкоцитарна інфільтрація. Ці 13 випадків були віднесені до неспецифічного плевриту. Треба підкреслити, що неспецифічний плеврит до розвитку емпієми плеври у більшості випадків не супроводжується наявною банальною мікрофлорою. Це мало місце і в усіх наших 13 пацієнтів. У 4 хворих на тлі змальованої вище ендоскопічної картини спостерігалася значна ін'єкція судин, яка дуже нагадує неопластичні процеси. На противагу останнім у наших пацієнтів у біоптаті мала місце значна лімфоцитарна інфільтрація із наявністю еозинофілів. Цитологічне дослідження біоптатів та плевральної рідини свідчило про значний вміст у ньому еозинофілів ( від 5 % до 25 % ). Дана група хворих була віднесена до пацієнтів із еозинофільним алергічним плевритом.

В усіх випадках ми виконували санацію плевральної порожнини через додатково введений троакар на 2 міжребер'я нижче та медіальніше від попереднього. При цьому видаляли повністю фібрин та фібринозні нашарування. Загальна кількість останніх коливалася від 25 до 150 г.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, наші дані підтверджують існуючу версію [1, 3] щодо можливого розвитку при туберкульозі легень ураження плеври, яке може мати не лише специфічний, а й неспецифічний генез, у тому числі і алергічного характеру. Найчастіше до такого перебігу процесу в умовах нашого регіону мають схильність вогнищевий туберкульоз легень (56,3 %) та інфільтративний туберкульоз (32,8 %). Інші форми туберкульозу (дисемінований туберкульоз, фіброзно – кавернозний, туберкуломи) супроводжуються плевритом різного генезу у рідкісних випадках.

В усіх хворих на туберкульоз легень, що ускладнився СПВ, показана торакоскопія з усіма іншими заходами та обов'язковою санацією плевральної порожнини шляхом видалення фібрину та фібринозних нашарувань через додатково введений троакар.

### SUMMARY

*The authors give data from literature according to which pathologic processes in lungs may be accompanied by pleural effusion syndrome (PES)/ They share their personal supervision experience of development of different types of pleural effusion at active forms of pulmonary tuberculosis of 81 patients.*

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія.-К.:Здоров'я, 2001.-384 с.
2. Дужий І.Д., Крамаревич В.Р. Торакоскопічна санація плевральної порожнини як важливий фактор оптимізації процесу лікування туберкульозних плевритів //Вісник Сумського державного університету.-2004.-№ 7(66).-С.100-102.
3. Гетьман В.Г. Клінічна торакоскопія.-К.:Здоров'я, 1995. - 225 с.
4. Бельская Т.Ю., Федоровых В.С., Петровский В.И. Случай сочетания туберкулеза легких и узелкового периартериита //Проблемы туберкулеза.-1987.-№ 1.-С.64-65.
5. Дужий І.Д., Шевченко В.П., Кравченко Р.В., Крамаревич В.Р. До можливості торакоскопічного санування емпієми плеври //Харківська хірургічна школа.-2005.-2.1.-С.173-175.

*Надійшла до редакції 8 листопада 2006 р.*