

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТОРАКОСКОПІЇ
І ВІДКРИТОЇ ПЛЕВРОБІОПСІЇ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОМУ ВИПОТІ

І.Д.Дужий, С.О.Чумак., І.Я.Гресько

Медичний інститут Сумського державного університету

Вступ. Плеврити туберкульозного та іншого генезу за даними літератури продовжують зустрічатись усе частіше. Але своєчасність їхньої діагностики у значному відсотку випадків не задовольняє ні лікарів загальної практики та дільничних терапевтів, ні фтизіатрів .[9]

Огляд літератури. На ролі останніх ми наголошуємо особливо, оскільки відсоток плевритів туберкульозного генезу знаходиться в межах 52-53%. Із трьох провідних синдромів плевриту – біль, задишка та плевральний випіт – останній має провідне значення, оскільки зустрічається не лише при запаленнях плеври будь-якого генезу, а й займає чільне місце у патогенетичному ланцюгу багатьох хвороб. Окрім цього плевральний випіт (ПВ) зустрічається як симптоматичний прояв значної кількості хвороб у внутрішній медицині, гематології і різних галузях хірургії і т. ін. [6, 7]

Оскільки плевральний випіт має ряд рентгеноморфологічних проявів, діагностувати які далеко не завжди представляється можливим, синдромний діагноз встановлюється у більшості випадків із значним запізненням. Термін, впродовж якого хворого обстежують різні фахівці затягується від 2-3 тижнів до 15 місяців [8,9] . Безумовно, що в цей час хворих лікують різноманітними антибактеріальними препаратами, що не може не відбитись на перебігу патологічного плеврального процесу, чи якомусь іншому захворюванні, яке ускладнилось плевральним випотом. Впродовж зазначеного терміну в плевральній порожнині відбувається метаморфоза патологічного процесу, внаслідок чого первинний може настільки значно змінитись, що інколи втрачаються можливості подолати діагностичні труднощі навіть при гістологічному дослідженні [7]. Звичайно при синдромі плеврального випоту морфологічно досліджують біоптати плеври. Останні можна отримати закритим способом – шляхом трансторакальної пункції [2] . Але результативність цієї методики,

за багатьма авторами, суттєво різняться і бажає бути кращою. Так, W.Ott із співавторами за такої методики встановили діагноз лише у 44% хворих. Інші автори результативність такої біопсії і гістологічного дослідження оцінюють залежно від патологічного процесу, при якому останнє виконувалось [12]. Так, при онкологічних процесах авторам вдалось встановити діагноз у 37,5-67%, а при туберкульозі – у 54-64%. Незважаючи на недостатню результативність голкової трансторакальної біопсії, в останніх публікаціях на цю тему все ж продовжують її рекомендувати [9]. На нашу думку низька результативність такої біопсії залежить від характеру поширення патологічних змін на плеврі. А саме. І онкологічні процеси, і туберкульоз плеври мають «гніздову» локалізацію. Отже, сліпо натрапити на патологічне утворення шляхом пункції – лише надія, вірогідність справдження якої показана вище [7].

З огляду на перераховане при ПВ впродовж багатьох років ми пропагуємо торакоскопічне дослідження плевральної порожнини і, відповідно, візуально контрольовану біопсію плеври і додаткових утворень [6]. Такої ж думки притримуються і деякі інші автори, зокрема, [10] та спів. Цим дослідникам при торакоскопічній біопсії плеври вдалось встановити правильний діагноз захворювання у 97% пацієнтів, у той час як при пункційній – лише у 40% обстежених. Перевагу відкритій біопсії, найкращі умови для якої створюються при ендоскопії плевральної порожнини, віддають перевагу все більше авторів .

Невирішені частини проблеми. Відомо, що сама торакоскопія при методично правильно проведеному візуальному вивченню плеври дає дуже багато інформації, а при таких процесах як пухлини і незадавлений туберкульоз дозволяє верифікувати характер хвороби у 100% хворих [6]. Разом з тим, існують праці, в яких автори наводять випадки неспівпадіння візуальних діагнозів і гістологічних, що знаходиться в межах 60,3-65,3% [3,5]. На нашу думку такий стан речей пов'язаний з несвоєчасним обстеженням хворих. Вище ми про це говорили [8] Чим пізніше від початку маніфестації процесу виконується торакоскопія, тим складніше інтерпретувати ендоскопічні дані [1,3,4,7]. Автори підкреслюють схожість візуальної картини при різних патологічних процесах, особливо при їх трансформації в хронічну стадію. Який для цього потрібний термін? - Важко сказати. Оскільки відомі випадки, коли запальний процес приймав ознаки хронізації вже через 2 тижні після маніфестації [11]. Окрім цього варто нагадати, що бувають випадки, коли набрякла пристінкова плевра при відсутності будь-яких додаткових утворень на своїй поверхні мала гістологічні ознаки малігнізації чи туберкульозного запалення [6]. Даний феномен, на нашу думку,

пояснюється поступовим накопиченням якісних патогномонічних мікроскопічних змін, які ще не встигли перейти у кількісні- макроскопічно-візуальні.

Попри перераховане описані випадки, коли в біоптатах у 39,5% були відсутні навіть елементи плеври [5]. Інші автори повідомляють про недостатню кількість біопсійного матеріалу, що не давало можливості виготовити якісні гістологічні препарати [1,4, 11].

Наведене, на наше переконання, свідчить не про обмежені можливості торакоскопічного вивчення патологічно зміненої плеври та виконаної при ній біопсії, а про відсутність стандартизованої методологічно обґрунтованої методики біопсії плеври.

Мета роботи. Показати переваги множинної біопсії плеври, виконаної в різних ділянках пристінкового її листка.

Матеріали і методи. Ми вивчили і статистично обробили медичну документацію за останні 5 років. Хворих із синдромом плеврального випоту було 367. Осіб чоловічої статі серед них 291, жіночої – 73. Наслідком клінічного обстеження і проведеної диференціальної діагностики туберкульоз плеври встановлено у 195 (53,1%) хворих.

Результати дослідження та їх обговорення. Ендоскопічні дані, характерні для туберкульозу плеври [7] серед цих хворих виявили у 144 (74%) осіб. Усі вони мали візуальну картину, характерну для I і II типу туберкульозного процесу. Необхідно підкреслити важливий факт, що частина цих хворих, - 77(53,5%), - вважала тривалість своєї хвороби до 1 місяця; частина, - 45 (31,2%) - від 1 до 2 міс; решта – 22 (15,3%) понад 2 міс. Всього у цій групі обстежених взято відкритим шляхом 576 зразків щипцювих біоптатів. Серед усіх зразків плеври, отриманих при торакокопії, елементи туберкульозної гранулеми встановлено у 376 (65,3%). При цьому у 74 (51,4%) хворих отримано специфічні елементи туберкульозної гранулеми по 2 зразки, у 52 (36,1%) хворих – по 3 зразки, у 18 (12,5%) хворих – по 4 зразки.

Від'ємні ендоскопічні дані щодо туберкульозу плеври отримано у 51 (26,2%) хворого. Відкритим шляхом у них взято 204 біоптата плеври.

Серед цієї кількості шматочків плеври при гістологічному дослідженні елементи туберкульозної гранулеми знайдено у 105 зразках. При цьому по 1 позитивному зразку встановлено у 11 (21,6%) хворих, по 2 позитивних зразки – у 26 (48,1%) хворих, по 3 позитивні зразки – у 14 (27,4%) хворих.

Серед цієї кількості – 51 хворий з відсутністю візуальних даних щодо туберкульозу плеври у 26 (48,1%) хворих процес існував до 1 місяця, у 18 (35,3%) хворих – до 2 місяців, а у 7 (13,7%) хворих – понад 2 місяці.

Таким чином, при наявності мікроскопічних (гістологічні заключення) даних за туберкульоз плеври візуальні прояви (макроскопічні) ще розвинулись не встигли. Тобто, якісні зміни у плеврі щодо туберкульозу не досягли рівня переходу у кількісні, які фіксуються візуально. При цьому превалююча кількість таких хворих (48,1%) знаходилась на першому місці захворювання, найменша (13,7%) їх кількість – понад 2 місяці захворювання. Середнє за частотою положення (35,3%) займали пацієнти на другому місці хвороби.

Отже, більше четвертої частини хворих (26,2%) ендоскопічних даних за туберкульозний процес у плеврі не мали. Серед них майже половина пацієнтів (48,1%) свою хворобу відчувала до місяця.

Елементи туберкульозної гранулеми не знайдено у цій групі хворих (візуально негативних) у 99 зразках біоптатів плеври. Серед них 59 (59,6%) шматочків плеври належали хворим, у яких процес перебігав до 1 місяця, 30 (30,3%) шматочків – хворим із тривалістю процесу до 2-х місяців, 10 (10,1%) особам, що відчували своє захворювання понад 2 місяці. Звідси бачимо, що відсутність елементів туберкульозної гранулеми найчастіше зустрічається в ранній стадії запалення плеври.

У інших 688 (46,9%) зразках біоптатів елементи туберкульозного запалення не були знайдені. Засвідчуємо, що за висновком гістологічної лабораторії із цієї кількості (688) зразків 220 (32,2%) шматків плеври були непридатними для виготовлення гістологічних препаратів через недостатній об'єм біопсійного матеріалу. У 105 «достатніх» для гістологічного дослідження зразках біоптатів елементи туберкульозної гранулеми не знайдено. Частина цих зразків - 57 (55,9%) - належала хворим, тривалість перебігу патологічного процесу у яких була до 1 місяця; частина - 35 (34,3%) - належала хворим із тривалістю процесу від 1 до 2 місяців; інші 10 (8%) – хворим із перебігом процесу понад 2 місяці.

Онкологічні процеси за характерними ендоскопічними ознаками [2, 7, 13] встановлено у 59 хворих із загальної кількості пацієнтів із СПВ або у 34,3% хворих із СПВ не туберкульозного генезу. Біоптат при цьому вдалося взяти лише у 55 хворих (93,2%). У інших 4 (6,8%) пацієнтів біопсійні щипці ковзали по поверхні новоутворень і захватити хоч якийсь шматок тканини не вдалось. Дослідження біоптатів (16 «незміненої плеври», взятої у цих хворих на відстані 2-3 см від додаткового утворення

у 9 зразках виявило клітини злоякісного новоутворення у інших 7 зразках плеври - елементи неспецифічного запалення. У всіх зразках біоптатів, взятих із новоутворення при гістологічному дослідженні знайдено клітини злоякісного новоутворення різного характеру. Ще у 4 хворих (16 зразків біоптатів) додаткових утворень на плеврі не виявлено, але у біоптатах парієтального листка, які забирались як і при підозрі на туберкульозне запалення були знайдені клітини злоякісного новоутворення у 1 хворого у всіх 4 зразках плеври, у 2 –х хворих – по 2 зразки плеври, у 2-х хворих – по 1 зразку.

Неспецифічний плеврит ендоскопічно констатувався у тих випадках, коли не було даних за туберкульоз плеври чи відхилявся неопластичний процес. Всього неспецифічний плеврит встановлено у 46 (12,5%) хворих. Гістологічно у досліджених зразках виявляли елементи неспецифічного запалення.

Травма грудної клітки в анамнезі в усіх випадках була показанням до торакоскопії. У даної групи пацієнтів додаткових утворень на незмінній плеврі чи ознак специфічного туберкульозного запалення на плеврі не було. Звичайно виявлялось локальне нашарування фібрину або більший чи менший згусток різного ступеня трансформації гематоми. Ендоскопія виконувалась одночасно із однодворазовою біопсією, залежно від поширеності процесу. Практично в усіх зразках біоптатів гістологічно знаходили артеріальні тромбози, крововиливи, фіброласти та розростання сполучної тканини. Серед хворих, обстежених у даній серії таке запалення зустріли у 6 (1,6%) пацієнтів.

Кардіальний синдром плеврального випоту встановлено у 51 (13,9%) хворого. Біопсія у цій групі хворих виконана усім пацієнтам одноразово. У інших досліджених ендоскопічні знахідки не вимагали розширення втручання до біопсії [7].

До «інших» причин СПВ віднесені мікроемболія малого кола кровообігу, жирова емболія, хламідійний простатит, стороннє тіло бронхів, мікоплазменний плеврит. Таких хворих було 6 (1,6%). Візуально встановивши наявність запалення, яке відрізнялось від туберкульозного та неспецифічного процесу, як і від неопластичного, вдавались до інших досліджень (ультрасоноскопія, ІФД, ПЛР), які й допомагали верифікувати процес. Оскільки мета даної роботи у іншому, вважаємо за можливе на верифікації наведених хвороб не зупинятись.

Заключення. На підставі отриманих у процесі дослідження результатів бачимо, що навіть відкрита біопсія, якою без сумніву є плевро біопсія без торакоскопії, далеко не завжди дозволяє отримати належний шматок плеври, з якого можна виготовити

якісний гістологічний препарат. Разом з тим патологічний процес «не вкриває» суцільно усю поверхню плеври, що підтверджує різна частота патологічних знахідок у одного і того ж хворого, яке знаходиться в межах 1-4 біопсійних зразків.

Висновки

1 Позитивний результат щодо туберкульозу плеври при відкритій біопсії вдається отримати у 53,1 % хворих із СПВ.

2 При візуально позитивних даних, отриманих при торакоскопії щодо туберкульозу плеври елементи туберкульозної гранулеми при множинній плевро біопсії отримано у 65,3% зразків біоптатів.

3 При негативних візуальних даних, характерних для туберкульозу плеври, елементи туберкульозної гранулеми отримано у 51,5% біопсійних зразків.

4 Частота знаходження елементів туберкульозної гранулеми була в межах 1-4 зразків. При візуально позитивному туберкульозі плеври у 2 зразках біоптатів знаходили елементи туберкульозної гранулеми у 51,4%, у 3 зразках – у 36,1% хворих, у 4 зразках – у 12,5% хворих. При візуально негативному туберкульозі елементи туберкульозної гранулеми знаходили у 1 зразку у 21,6% хворих, по 2 зразках – у 48,1% хворих, у 3 зразках – у 27,4 % хворих.

5 Найчастіше позитивні дані щодо туберкульозу плеври знаходили на 2 місяці перебігу хвороби. Отже, на 1 і після 2 місяців хвороби кількість біоптатів повинна бути збільшена, оскільки за законами статистики достовірність результату збільшується разом із кількістю досліджень.

Перспективи подальших розвідок. Біопсія плеври при захворюваннях плеври та при СПВ повинна бути лише відкритою, а при протипоказаннях до торакоскопії – вимушено закритою, але до її результатів необхідно відноситись із належною долею довіри.

Заслужений лікар України
завідувач кафедри загальної хірургії,
радіології і фтизіатрії медичного інституту
СумДУ д. м. н. професор
І.Д.Дужий
м. Суми, вул. Гамалія, 1, кв.39
тел. роб. 8-0542-65-65-55

Аспірант кафедри загальної хірургії
І.Я.Гресько

Аспірант кафедри загальної хірургії
С.О.Чумак

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. **Соколов В.А., Савельев А.В., Красноборова С.Ю, и др.** Дифференциальная диагностика плевральных выпотов //Пром. діагн. і пром. терапія.-2001.-№3.-С.24-28.
2. **Дужий І.Д.** Клінічна плеврологія.-К.:Здоров'я, 2000.-384 с.
3. **Семенов Ю.Л., Горбулин А.Б.** Плевриты.-К.:Здоров'я, 1983.-181 с.
4. **Богуш Л.К., Жарахович И.А.** Биопсия в пульмонологии.-М.: Медицина.-1977.-239 с.
5. **Дужий І.Д.** Труднощі діагностики хвороб плеври .-Суми:Мрія-1 ТОВ, 2008.-560 с.
6. **Гаипов Р.Г.** Диагностические и лечебные возможности торакоскопии при плевритах и эмпиемах плевры //Здравоохранение Киргизии.-1984.-№3.-С.13-15.
7. **Гарник Л.И., Белов А.В.** О морфологических изменениях плевры при экссудативном плеврите у лиц молодого возраста по данным пункционной биопсии // мат. Науч.-прктич. конф. врачей.-Владовосток, 1980.-С.108-110.
8. **Дашиев В.А., Сизова И.Г., Шугало П.И.** Клиника туберкулезного экссудативного плеврита //Пробл.туберк.-1976.-№8.-С.36-38.
9. **Благодаров В.Н., Хайдарли И.Н.** Патоморфологические изменения париетальной плевры при экссудативном плеврите //Врачеб.дело.-1991.-№ 10.-С.92-94.
10. **Ott W., Ronn G., Schible W.** Biopische Diagnostik endothorakaler Erkrankunden // Stuttgart.-1971.-S.217.
11. **Boutin C., Viallat J.R., Cargino P., Farisse P., Choux R.** la thoracoscopie en 1980 // Revue generale Poumon.-1981.-V.37,N1.-P.11-19.
12. **Oldenberg F.A., Newhousec M.T.** Thoracoscopy A. Sofe Accurate Diagnostic Procedure Uring the Rigid Thoracoscopy and Local Anesthesia //Chest.-1979.-V.75,N1.-P.45-50.
13. **Muskett A., Burton N., Karwande S.V., Collins M.P.** Management of refractory empyema with early decortication //Amer. J. Surg.-1988.-V.156, N6.-P.529-532.

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТОРАКОСКОПІЇ
І ВІДКРИТОЇ ПЛЕВРОБІОПСІЇ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОМУ ВИПОТІ

І.Д.Дужий, С.О.Чумак., І.Я.Гресько

Медичний інститут Сумського державного університету

Реферат. Автори наводять дані літератури, за якими діагностика синдрому плеврального випоту (СПВ) у більшості випадків затягується від декількох тижнів до 15 місяців. Відповідно до цього верифікація процесу, що призвів до СПВ, інколи залишається непереборною. З метою подолання цих труднощів автори пропонують множинну плевробіопсію. На значному клінічному матеріалі показані переваги запропонованої методики.

Ключові слова: плевральний випіт, біопсія, верифікація.

Реферат. Авторы приводят данные литературы, согласно которым синдром плеврального выпота (СПВ) в большинстве случаев затягивается в период от нескольких недель до 15 месяцев. Вследствие этого верификация процесса, который стал причиной выпота, в ряде случаев становится невозможной. С целью преодоления этих трудностей авторы предлагают множественную плевробиопсию. На большом клиническом материале продемонстрированы преимущества предложенной методики.

Ключевые слова: плевральный выпот, биопсия, верификация.

SUMMARY. Authors cite the given literature data according to which pleural effusion syndrome (PES) in most cases lasts from several weeks till 15 months. Verification of the process, which became the reason of the effusion, thereof, in some cases remains impossible. With the purpose of overcoming of these difficulties authors offer multiple pleural biopsy procedure. The authors show the advantages of the offered technique based on the big clinical material.

Keywords: pleural effusion, biopsy, verification.

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТОРАКОСКОПІЇ
І ВІДКРИТОЇ ПЛЕВРОБІПСІЇ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОМУ ВИПОТІ
І.Д.Дужий, С.О.Чумак., І.Я.Гресько
Медичний інститут Сумського державного університету

Відомості про авторів:

Дужий Ігор Дмитрович - Заслужений лікар України, завідувач кафедри загальної хірургії, радіології і фтизіатрії медичного інституту СумДУ д. м. н. професор
м. Суми, вул. Гамалія, 1, кв.39
тел. роб. 8-0542-65-65-55

Гресько Ігор Яремович - Аспірант кафедри загальної хірургії,
начальник медичної частини Охтирської районної
лікарні Сумської області, дом.адреса: м.Охтирка,
вул.,Леніна 34. Тел.8-096-344-51-17

Чумак Станіслав Олександрович - Аспірант кафедри загальної хірургії,
дом.адреса: м. Суми, вул..Горького, 39, кв.115.
Тел. 8-067-573-94-82