

ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ СПОНТАННИЙ ПНЕВМОТОРАКС В УМОВАХ ЕПІДЕМІЇ ІНФЕКЦІЇ.

І.Д. Дужий, Н.І. Глазунова, С.О. Голубничий, Г.П. Піддубна.

*Сумський державний університет. Кафедра загальної хірургії, радіаційної
медицини і фтизіатрії медичного інституту,*

ВСТУП. Спонтанний пневмоторакс (СП) одне з небезпечних ускладнень, яке виникає у хворих на туберкульоз легень та неспецифічні захворювання.

Найбільший досвід лікування спонтанного пневмотораксу мають фтизіохірурги, які і надають в основному хірургічну фтизіопульмонологічну допомогу таким хворим. Фтизіохірурги добре володіють методами торакоскопії, торакокаустики та лікування хвороб легень і плеври. Виходячи з цього, питання диференціальної діагностики та деталізації причин спонтанного пневмотораксу нам здаються прерогативою цих спеціалістів.

Торакоскопія та торакокаустика широко застосовувались до середини 60-х років ХХ ст. при лікуванні туберкульозу легень. З кінця 70-х років ХХ ст. О. М. Авилова та Д. П. Чухриєнко відновили ці операції, як діагностично-лікувальні, при захворюваннях плеври, спонтанному пневмотораксі та травмі грудної клітки. Ми у своїй практиці використовуємо торакоскопію з плевробіопсією з середини 70-х років при плевральному випоті та пневмотораксі. В останні два десятиріччя СП став зустрічатись частіше. Проте єдиної діагностичної тактики не існує. Відповідно, її немає і при лікуванні цього ускладнення. Наведене обґрунтовує актуальність

даної проблеми і важливість її всебічного вивчення, що має особливе значення в умовах соціально-економічних негараздів.

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ. При вивченні частоти СП у пацієнтів із легневими захворюваннями встановлено, що дане ускладнення трапляється у 6,2-7,1% при неспецифічних захворюваннях легень [7,8,9]. Разом з тим, при туберкульозі легень в останні роки воно фіксується у 15-20% хворих[2,6,7].

Етіологічним чинником розвитку СП при туберкульозі більшістю дослідників вважається перфорація субплеврально розташованих вогнищ деструкції внаслідок прогресування туберкульозної інфекції.[2,5,6,7]. На думку деяких авторів, туберкульоз в якості етіологічного чинника у виникненні спонтанного пневмотораксу переважно локалізується у верхніх частках легень [9,11]. При цьому безпосередньою причиною перфорації легеневої паренхіми бувають різних розмірів пухирчасті утворення та злуки [1,2,7]. Сприятливими умовами виникнення пневмотораксу бувають різного типу фізичні напруження при зазначених легенево-плевральних трансформаціях, які значно підвищують тиск у трахео-бронхіальному дереві. Останнім часом з'явилися повідомлення про те, що частота туберкульозного спонтанного пневмотораксу збільшилася у зв'язку з широким застосуванням кортикостероїдів [11].

Встановлено, що серед хворих на туберкульозний СП, як і при неспецифічному, частіше зустрічаються чоловіки, а співвідношення жінок до чоловіків складає від 1:4 до 1:10 [2,5,7,9].

Стосовно вікової характеристики таких хворих, автори наводять наступні цифри: до 40 років СП зустрічається у 34%, від 40 до 60 років – у 50,9%, понад 60 років – у 15,1% [2,8,9].

Серед хворих, інфікованих вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), СП спостерігають у 2-6% осіб. При цьому у 80% хворих ускладнення виникає на тлі пневмоцистної пневмонії [3,11].

Ряд науковців звертає увагу на те, що при туберкульозному спонтанному пневмотораксі клініка ускладнення не виражена і часто має асимптомний перебіг, оскільки ускладнення розвивається на тлі загострення туберкульозного процесу, при якому превалує клініка останнього. Мізерні клінічні дані традиційно не дозволяють вчасно діагностувати це ускладнення, пневмоторакс клінічно перебігає малосимптомно. Так, повідомляється, що скарги на кашель відмічали лише 56,6% хворих, а задишку – 69,8% [2]. З метою встановлення характеру плеврального процесу використовують рентгенографію органів грудної клітки не менше ніж у 2 проекціях, а при необхідності – УЗД [4]. Більшістю авторів рекомендується виконувати торакоскопію, яка дозволяє візуально встановити патогенні чинники виникнення синдрому СП [1,2,6,7,8,10].

За деякими авторами СП є настільки небезпечним ускладненням у хворих на туберкульоз легень, що у 20% з них призводить до смерті, що особливо підкреслює актуальність проблеми [2].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Ми спостерігали 110 хворих на перфоративний туберкульоз (ПТ) легень, що знаходились на лікуванні у

хірургічному відділенні Сумського обласного протитуберкульозного диспансеру на протязі 2005-2010 років (табл. 1). Вік хворих знаходився у межах від 20 до 74 років, 94 (85%) хворих не працювали. Серед обстежених мешканців міста було 38 (34,5%), мешканців села – 72 (65,5%). Середній термін туберкульозу легенів спостерігався від 2 до 4,5 років. У поняття перфоративний туберкульоз легень ми ввели два патологічні процеси, які мають тотожні механізми розвитку – порушення цілісності вісцеральної плеври, що супроводжується поступленням повітря у плевральну порожнину. В одних випадках ускладнення носить асептичний характер – СП, у інших – гнійний – піопневмоторакс.

Таблиця 1

Розподіл хворих на перфоративний туберкульоз за статтю та віком.

	До 40 років		Від 40 до 60 років		Понад 60 років		Всього в абсолютних числах	Всього у %
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.		
2005	6 (3)	1 (1)	11 (3)	2 (2)	5 (0)	0	25 (9)	22,7%
2006	5 (3)	0	7 (4)	2 (2)	4 (2)	0	18 (11)	16,4%
2007	5 (2)	1 (1)	8 (3)	2 (1)	1 (1)	0	17 (8)	15,5%
2008	6 (2)	2 (2)	9 (5)	1 (1)	5 (3)	0	23 (13)	20,9%
2009	3 (3)	1(1)	10 (8)	0	1 (1)	0	15 (13)	13,6%
2010	4 (3)	0	4 (3)	1(1)	3 (1)	0	12 (8)	10,9%
Всього (абс. та %)	29 (16)	5 (5)	49 (26)	8 (7)	19 (8)	0	110 (62)	100%
	34 (21)		57 (33)		19 (8)			
	30,9% (33,9%)		51,8% (53,2%)		17,3% (12,9%)			

*Примітка: в дужках приведені кількість хворих на піопневмоторакс.

Обстеження усіх хворих включало фізикальні методи, клінічні та променево вивчення органів грудної клітки як при госпіталізації, так і в динаміці. В усіх хворих виконана торакоскопія. Виявлені форми патологічних легневих процесів та перфоративних наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих за формою туберкульозного процесу, який призвів до перфоративних ускладнень.

	Фіброзно-кавернозний тубер. абс. (%)		Дисемінований тубер. абс. (%)		Інфільтративний тубер. абс. (%)		Інші форми абс. (%)		Всього абс. (%)	
	Всього	Д.Г.Ч. піопне ВМО-	Всього	Д.Г.Ч. піопне ВМО-	Всього	Д.Г.Ч. піопне ВМО-	Всього	Д.Г.Ч. піопне ВМО-	Всього	Д.Г.Ч. піопне ВМО-
2005	5 (20%)	1 (11,1%)	13 (52%)	7 (77,8%)	7 (28%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	25 (22,7%)	9 (14,5%)
2006	1 (5,6%)	0 (0%)	9 (50%)	7 (63,6%)	6 (33,3%)	3 (27,3%)	2 (11,1%)	1 (9,1%)	18 (16,4%)	11 (17,7%)
2007	4 (23,5%)	3 (37,5%)	6 (35,3%)	2 (25%)	5 (29,4%)	2 (25%)	2 (11,8%)	1 (12,5%)	17 (15,5%)	8 (12,9%)
2008	5 (21,7%)	3 (23,1%)	4 (17,4%)	3 (23,1%)	7 (30,4%)	2 (15,4%)	7 (30,4%)	5 (38,5%)	23 (20,9%)	13 (21%)
2009	7 (46,7%)	6 (46,2%)	5 (33,3%)	4 (30,8%)	2 (13,3%)	2 (15,4%)	1 (6,7%)	1 (7,8%)	15 (13,6%)	13 (21%)
2010	2 (16,7%)	1 (12,5%)	6 (50%)	5 (62,5%)	3 (25%)	2 (25%)	1 (8,3%)	0 (0%)	12 (10,9%)	8 (12,9%)
Всього	24 (21,8%)	14 (22,5%)	43 (39,1%)	28 (45,2%)	30 (27,3%)	12 (19,4%)	13 (11,8%)	8 (12,9%)	110 (100%)	62 (100%)

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

При вивченні усієї кількості хворих встановлено, що найбільша кількість осіб із перфоративним туберкульозом спостерігалася у 2005 році – 25 (22,7 %), а найменша - у 2010 році – 12 (10,9 %), що достовірно менше ($p < 0,05$). Загалом, ніби намітилася тенденція до зменшення кількості таких хворих, проте, кількість осіб із піопневмотораксом залишається практично без змін. Так, якщо кількість хворих із перфоративним туберкульозом у 2010 році порівняно із 2005 роком зменшилась у 2,4 рази, то кількість хворих із гнійним пневмотораксом (піопневмоторакс) залишилась на попередніх цифрах, а у 2008 і 2009 роках вона навіть більшою за 2005 рік у 1,4 рази ($p < 0,05$). Разом з тим, кількість хворих з піопневмотораксом (62) серед усіх досліджених на перфоративний процес (110) склала 68,2%.

Таблиця 3

Частота виникнення та вид перфоративних ускладнень у хворих залежно від статі.

Стать	Спонтанний пневмоторакс		Піопневмоторакс		Всього	%
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіки	47	48,5%	50	51,5%	97	100%
Жінки	1	7,7%	12	92,3%	13	100%
Співвідношення жін./чол.	1:47		1:4		1:7	

Згідно отриманим даним перфоративний синдром найчастіше виявлявся у хворих на дисимінований туберкульоз легень – 43 (39,1%). Серед осіб на тлі інфільтративного туберкульозу – у 30 (27,3%) випадках. При фіброзно-

кавернозному туберкульозі легень – у 24 (21,8%) обстежених. При інших формах туберкульозного процесу перфорація мала місце у 13 (11,8%) осіб. Таким чином, перфоративний процес у хворих на туберкульоз превалював при дисемінованих формах частіше, ніж при фіброзно-кавернозному у 1,8 рази, а при інфільтративному – у 1,4 рази, що є достовірним ($p < 0,05$).

Причинами перфорацій при дисемінованому туберкульозі в усіх хворих виявились дрібні, середні та великі бульозні утворення, а у 5 (11,6%) хворих – злуковий процес у плевральній порожнині; при інфільтративному туберкульозі – злуковий процес у всіх обстежених; при фіброзно-кавернозному – у більшості обстежених (17-70,8%) дрібні бульозно-дистрофічні зміни, у 4 (16,7%) - перфорація каверни, у інших (3 – 12,5%) - злукові зміни плевральної порожнини.

У деякої кількості хворих на перфоративний процес був виявлений ВІЛ: у 2008 році – у 2 хворих, у 2009 році – у 2 хворих, у 2010 році – у 2 хворих. У 5 (83,3%) з них мав місце піопневмоторакс.

ЗАКЛЮЧЕННЯ. Проведене обстеження дозволило встановити, що перфоративні форми легеневого туберкульозу (СП та піопневмоторакс) у превалюючому відсотку випадків (51,8%) зустрічається у найбільш активному і творчому віці – 40-60 років, дещо рідше – до 40 років. Ускладнення частіше розвиваються у осіб чоловічої статі, що по відношенню до жіночої статі становило 1:7. У той же час гнійні типи перфорацій (піопневмоторакс) розвиваються в основному у жінок (92,3 %), а кількісне відношення жінок до чоловіків за цим процесом складало 1 :4. Хоча загальна тенденція по

зменшенню перфоративних процесів при туберкульозі легенів має деяку позитивну динаміку, піопневмоторакс у абсолютних і відносних цифрах протягом останніх 6 років залишається без зменшення, що є негативним проявом туберкульозу, особливо враховуючи резистентність мікобактерій туберкульозу та банальної мікрофлори до антибактеріальної терапії. Несприятливим у даній проблемі є переважаючі такі ускладнення у мешканців села - 72 (65,5%), на що потрібно звернути особливу увагу організаторам охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ.

1. Перфоративний туберкульоз у даний час перебігає за двома типами:
СП – 43,6%, та піопневмоторакс – 56,4%.
2. Піопневмоторакс розвивається головним чином у осіб жіночої статі – 92,3%.
3. Провідною причиною виникнення перфоративних процесів при туберкульозі легень є бульозно-дистрофічні та злукові процеси у плевральній порожнині.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК.

Враховуючи невиражений та асимптомний перебіг перфоративних ускладнень при туберкульозі легень, при щонайменшій підозрі на таку можливість потрібно застосувати ультразвукоscopicне дослідження, як більш

безпечно для хворого і надійно об'єктивне, а при неспівпадінні отриманих результатів – стандартне рентгенологічне дослідження у 2-х проекціях.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гетьман В.Г. Клиническая торакоскопия / Гетьман В.Г. – К.: Здоров'я, 1995. – 208с. – (Першотвір).
2. Грищук Л.А. Використання відеоторакокопії з метою встановлення причин і характеру спонтанного пневмотораксу в туберкульозній клініці/ Л.А. Грищук, В.Д. Рудик, Ю.В. Довбуш, В.Є. Цибуляк //Український пульмонологічний журнал.- 2008.- №3 (61).- С. 106.
3. Дибиров М. Д., Рабиджанов М. Роль видеоторакокопии в выборе метода лечения спонтанного пневмоторакса при буллезной болезни//Ж. Эндоскопическая хирургия, 2007; 4 – с 16-18.
4. Дужий І.Д. Диференціальна діагностика інфільтративних процесів в фтізіопульмонології: навчальний посібник / І.Д. Дужий. – Суми: Вид-во СумДУ, 2010.-236 с.
5. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія/ Дужий І.Д. – К.: Здоров'я, 2000. – 384 с. – (Першотвір).
6. Дужий І.Д. Труднощі діагностики хвороб плеври/ Дужий І.Д. – Суми: Мрія-1, 2008. – 560 с. – (Першотвір).
7. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень та плеври : [монографія] / І.Д. Дужий.- Суми: Козацький вал, 2003. – 360с.

8. Зыскин Л.Ю., Клименкова Г.В., Тарасов М.И. др. Патоморфоз и лечение спонтанного пневмоторакса. //Укр. пульмонолог. журн. 1994.- №1. С. 45-46.
9. Чухриенко Д.П., Даниленко М.В., Бондаренко В.А., Белый И.С. Спонтанный патологический пневмоторакс. М: Медицина 1973.-296с. – (Першотвір).
10. Norpen M, Schramel F. Pneumothorax Eur Respir Mon 2002; 22: 279-96.
11. Steven A. Sahn Pleural diseases / Sahn Steven A. - Seminars in respiratory and critical care medicine 2010;31(6):647-8.

Дужий І. Д., Глазунова Н. І., Голубничий С. О., Піддубна Г. П. Туберкульозний спонтанний пневмоторакс в умовах епідемії інфекції // Хірургічне лікування туберкульозу та супутніх захворювань легень в сучасних умовах : матеріали науково-практичної конференції, м. Київ, 14 жовтня 2011 р. Київ : ДУ "НІФП ім. Ф.Г.Яновського", 2011. С. 43-53