

Залежність між морфологічно встановленою тривалістю ізолюваного туберкульозу плеври, товщиною плеври й об'ємом плеврального випоту

Загаба Л.М., Ліскіна І.В., Мельник О.О., Козикіна А.О.

ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

Обґрунтування. Діагностика ізолюваного туберкульозу плеври (ТБП) залишається досить непростим завданням у галузі торакальної патології. На відміну від специфічних уражень плеври, що виникають на тлі перебігу легеневого туберкульозу, ізолювана форма патології характеризується особливим механізмом розвитку, де провідну роль відіграє гіперергічна реакція плевральних листків на мінімальну кількість мікобактерій туберкульозу. Морфологічна еволюція плеври при цій патології є динамічним процесом, де товщина плеврального листка виступає прямим індикатором тривалості хвороби та проявом індивідуального характеру гранулематозного запального процесу, зокрема переважанням продуктивного або деструктивного компонента, розвитком репаративних процесів. Зіставлення показників товщини плеври з об'ємом випоту дає змогу не лише диференціювати гостру ексудацію від хронічного запалення з фіброзом, але й прогнозувати ризики формування «панцирної легені», тобто ризик облітерації плевральної порожнини. Вивчення кореляції між патоморфологічними змінами та характером накопичення рідини сприяє оптимізації тактики лікування, що дає змогу запобігти незворотним змінам функції дихання. Особливе місце в уточненні тривалості патологічного процесу посідає біопсія плеврального листка. Саме морфологічне дослідження фрагментів тканини плеври допомагає об'єктивно визначати реальну тривалість ТБП.

Матеріали та методи. До випробування увійшли 108 пацієнтів з ізолюваним ТБП, верифікованим за результатами мікробіологічного дослідження. Діагностичне обстеження починалося з рентгенологічного дослідження та/або комп'ютерної томографії органів грудної порожнини, що дало змогу не тільки встановити наявність плеврального випоту, але й оцінити його відносний об'єм, а також товщину плевральних листків. З метою встановлення етіології ексудативного плевриту й уточнення тривалості розвитку плевриту виконували відеоторакоскопію або відеоасистовану торакоскопію з біопсією плеври. Гістологічне дослідження зразків тканини плеври проводили за традиційною методикою забарвлення гематоксиліном і еозинном.

Результати та їх обговорення. За морфологічним дослідженням було діагностовано гострий ТБП (14 випадків, 13,0 %), підгострий ТБП (82 випадки, 75,9 %) та хронічний перебіг ТБП (12 випадків, 11,1 %).

Кількісні показники тривалості захворювання, уточненого за результатами морфологічного дослідження, та зміни товщини парієтальної плеври й об'єму випоту представлено в таблиці.

Таблиця. Показники товщини плеврального листка й об'єму ексудату при різних тривалостях ТБП, абс. (%)

Показник		Перебіг ТБП		
стан плеври	об'єм випоту	гострий	підгострий	хронічний
не потовщена		11 (78,6)	7 (8,5)	–
	малий	2 (14,3)	1 (1,2)	–
	помірний	4 (28,6)	6 (7,3)	–
	масивний	5 (35,7)	–	–
потовщена		3 (21,6)	75 (91,5)	12 (100,0)
	малий	–	10 (12,2)	4 (33,3)
	помірний	2 (14,3)	29 (35,4)	5 (41,7)
	масивний	1 (7,1)	36 (43,9)	3 (25,0)

При морфологічно встановленому діагнозі «гострий ТБП» переважали випадки з малозміненою, непотовщеною плеврою – 11 (78,6 %). Важливою характеристикою гострого перебігу ТБП був масивний випіт, який спостерігався в 6 (42,8 %) випадках, тоді як потовщення плевральних листків виявлено лише в поодиноких спостереженнях (3; 21,4 %). Потовщення плевральних листків у цих випадках можна пояснити такими даними: в 1 випадку пацієнтка в анамнезі мала рак молочної залози з оперативним утручанням і неодноразовими курсами променевої терапії, що стимулювало фіброзні зміни плеври. В інших 2 випадках пацієнтам до госпіталізації в клініку за короткий період часу неодноразово проводили плевральні пункції, що також спровокувало посилені фіброзні зміни плеври.

Підгострий перебіг ТБП було діагностовано в більшості пацієнтів, і він характеризувався вираженими змінами тканини плеври. Основною характеристикою стало потовщення плеври, яке зафіксовано в 75 (91,5 %) випадках проти 7 випадків без потовщення

(8,5 %), $p < 0,001$. При цьому спостерігалася найбільша частка випадків масивного (36; 43,9 %) та помірного (35; 42,7 %) плеврального випоту, що свідчило про поєднання активної ексудації з посиленням проліферативних процесів у тканині плеври.

Хронічний перебіг ТБП супроводжувався значним потовщенням плевральних листків у всіх випадках (100 %). Характерною ознакою була редукція об'єму вільного випоту до помірного (5; 41,7 %) або малого (4; 33,3 %) об'ємів. Опосередковано це можна пов'язати з домінуванням фібропластичних процесів та організацією ексудату з формуванням плевральних шварт, які обмежують об'єм плевральної порожнини, а також зі зменшенням власне активності специфічного запального процесу.

Отримані нами дані підтверджують, що різна тривалість ТБП супроводжується закономірними змінами ураженої плевральної порожнини: від вільного

накопичення рідини при малозміненій структурі плеври (гострий перебіг) до вираженого потовщення та деформації плевральних листків, переважно внаслідок їх фіброзування, з поступовою редукцією об'єму вільного випоту (хронізація процесу).

Встановлено, що більшість пацієнтів потрапляють у поле зору фтизіатра лише на етапі підгострої стадії розвитку ТБП. У 91,5 % випадків уже було зафіксовано потовщення плеври, що опосередковано свідчило про поступову зміну гіперергічного набряку листків плеври через посилення проліферативних процесів.

Висновки. Товщина плеври й об'єм плеврального випоту дають змогу досить точно визначати істинну тривалість перебігу туберкульозу. При цьому саме очевидне потовщення плеври є головною ознакою того, що специфічне запалення перебуває в підгострій стадії розвитку або набуло хронічного перебігу.