

**М. І. Бабіч, В. П. Тимошенко, М. В. Цапів**  
**РОЛЬ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ**  
**НА ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ПЛЕВРИТ**

*Відділення торакальної хірургії КЗ ХОПТД ХОР*

В сучасних умовах частота туберкульозного ураження плеври в структурі захворюваності на туберкульоз складає від 3,2 % до 31,0 % за даними різних авторів (Фещенко Ю. І., 2010; Heffner J. E., 2009; Light R. W., 2011). Виразна тенденція приросту абсолютної кількості і питомої ваги пацієнтів із плевральним випотом серед хворих фтизіопульмонологічного профілю протягом останніх років зросла в 2,3 рази (Опанасенко М. С., 2012; Семенова О. В., 2009; Leung, C. S., 2011) зумовлює необхідність доповнення стандартизованої антимікобактеріальної терапії (АБТ) методами активної санації плевральної порожнини, що суттєво покращує безпосередні і віддалені результати лікування хворих.

З метою вивчення клінічної ефективності проведено порівняння результатів консервативного ведення плевральної порожнини у вигляді пункції і дренування та відеоторакоскопічної санації (ВТС) в комплексному лікуванні хворих на туберкульозний плеврит (ТП). В дослідження включено 136 хворих на ТП, які проходили лікування на базі КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер» ХОР в 2010–2011 роках. Методом випадкових чисел хворі розділені на дві рівні групи: I — контрольна, в якій хворі отримували комплексне лікування з пункційним веденням плевральної порожнини або її дренуванням; II — основна, в якій фоні комплексного лікування виконувалась ВТС.

Усім хворим проведено загальноклінічне обстеження, рентгенографію, загально прийняті лабораторні дослідження. Відеобронхоскопія виконувалась за допомогою відеобронхоскопу «Fudginon-2500». ВТС виконувались за стандартною методикою комплексом фірми «Olympus» в боковому положенні хворого на здоровому боці під загальним знеболюванням з роздільною інтубацією бронхів.

В структурі пацієнтів переважали чоловіки — 91 (66,9 %), жінок було 45 (33,1 %). Вік хворих коливався від 19,2 до 63,1 років, складаючи в середньому  $(35,8 \pm 1,29)$  років. Міських жителів було 75 (55 %), сільських — 61 (44,9 %). Тривалість захворювання в середньому склала  $(36,6 \pm 2,46)$  днів. Лівобічний плеврит відмічався у 62 хворих (45,6 %), правобічний — 74 (54,4 %).

Супутня патологія була зареєстрована у 49 %, при чому у 18 % з них виявлено поєднання різних патологічних процесів: переважав хронічний бронхіт — 25 % та захворювання шлунку — 10 %. В 6 % зареєстровано хронічний гепатит різного генезу та різні захворювання серцево-судинної системи. Інша патологія (хронічний пієлонефрит, вегето-судинна дистонія, хронічний аднексит та інше) виявлена у 11 %.

Розподіл в групах за клінічно значимими показниками статистично не відрізнявся.

Комплексне лікування хворих на ТП проводили за стандартизованими схемами специфічної АБТ згідно з вимогами діючих наказів МОЗ України.

Середній термін лікування хворих в I групі склав  $(69,4 \pm 1,42)$  ліжко-дня, загальна ефективність лікування —  $(64,7 \pm 5,80)$  %, в

той час, як рівень ускладнень (хронізація процесу, рання фрагментація плеврального випоту, нагноєння ексудату) при такому лікуванні був клінічно значимим і досягав  $(26,5 \pm 5,35)$  %. У 24  $(35,3 \pm 5,80)$  % пацієнтів отримано негативний (18  $(26,5 \pm 5,35)$  %) або слабопозитивний (6  $(8,8 \pm 3,44)$  %) ефект від консервативної терапії. Причинами таких результатів, на нашу думку, були: 1) відсутність механічної евакуації ексудату з плевральної порожнини не дозволяє розірвати патогенетичний ланцюг розвитку ТП для адекватної його терапії; 2) відсутність інструментального доступу в плевральну порожнину не дає можливості безпосередньо медикаментозно впливати на запальний процес, що в свою чергу сприяє хронізації запалення; 3) випіт в плевральній порожнині часто має тенденцію до осумкування, а тому неможливо прогнозувати фармакокінетику при ентеральному або парентеральному введенні препаратів.

Загальна ефективність лікування ТП із застосуванням торакоцентезу (18 хворих з 37) складає  $(48,6 \pm 8,22)$  %. Метод торакоцентезу доцільно застосовувати при лікуванні плеврального випоту як першу інвазивну методику. Загальна ефективність лікування комплексного лікування ТП із застосуванням дренування плевральної порожнини склав  $(83,9 \pm 6,61)$  %. В порівнянні з торакоцентезом при застосуванні дренування ефективність лікування підвищується на  $(69,2 \pm 9,05)$  % (в 1,4 рази). Найбільш доцільно використовувати метод дренування плевральної порожнини при вираженій дихальній недостатності і як етап у лікуванні хворих до направлення в спеціалізований торакальний стаціонар, де пацієнту може бути виконана ВТС.

В II групі хворих при комплексному лікуванні туберкульозного плеврити застосовувалась ВТС. Загальна ефективність лікування (повне розсмоктування випоту) в цій групі склала  $(98,5 \pm 1,46)$  %, а тривалість стаціонарного лікування  $(25,5 \pm 1,32)$  ліжко-дня. Структура і характер ускладнень значно відрізнялись від показників I групи, а саме: загальна кількість ускладнень — 12  $(17,6 \pm 4,62)$  %, що в 1,42 рази менше, ніж в I групі. В 11 випадках це була швидкоминуча гіпертермія в першу добу після ВТС —  $(91,7 \pm 7,98)$  % всіх ускладнень, та в 1 випадку  $(1,5 \pm 1,46)$  % — інтраплевральне поранення легені, усунуте торакоскопічно.

Таким чином, ВТС достовірно підвищує ефективність комплексного лікування хворих на ТП в порівнянні з пункційним веденням плевральної порожнини в 2 рази, а в порівнянні з дренуванням в 1,2 рази. Середній термін лікування хворих завдяки використанню ВТС скоротився в 2,7 рази, тривалість ексудації — в 4,5 рази, а загальна кількість ексудату зменшилась в 6,8 рази.

Відеоторакоскопія дозволяє візуально визначити ознаки ураження плеври та отримати матеріал для мікробіологічного та морфологічного дослідження, а її лікувальні можливості дозволяють достовірно скоротити термін лікування хворих, зменшити термін ексудації та загальну кількість ексудату, покращити безпосередню загальну ефективність лікування та віддалені його наслідки.