

О. Е. Кшановський, М. С. Опанасенко, І. М. Павлюк, Л. М. Загаба
ЗНАЧЕННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЕТІОЛОГІЇ ВНУТРІШНЬОГРУДНОЇ
ЛІМФАДЕНОПАТІЇ

ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

Вступ. Внутрішньогрудна лімфаденопатія — це клініко-рентгенологічний синдром, який є проявом багатьох захворювань, що різняться своєю етіологією, а відповідно, і лікуванням. Останні роки зростає кількість пацієнтів з вперше виявленою внутрішньогрудною лімфаденопатією неясного генезу, що обумовлено більшою поширеністю, доступністю та інформативністю нових рентгенологічних методів візуалізації. Однак, жодна сучасна рентгенологічна методика не дозволяє точно встановити етіологію захворювання. Біопсія враженого лімфатичного вузла — найбільш доказовий елемент діагностики лімфаденопатії. Після її проведення можливо морфологічно визначити патологічний процес, а при онкологічних захворюваннях, встановити гістологічний тип злоякісної тканини, ступінь диференціювання клітин, провести студіювання процесу. Методика забору біопсійного матеріалу повинна бути безпечна та інформативна, нести мінімальний ризик здоров'ю хворого.

У наш час широке розповсюдження набула методика відеоторакоскопії для визначення етіології синдрому внутрішньогрудної лімфаденопатії. Такий вид діагностики є досить інформативним, адже є можливим не лише отримати потрібну кількість біопсійного матеріалу для цитологічного, гістологічного і мікробіологічного дослідження, але і візуально оцінити зміни самих лімфатичних вузлів та прилеглих до них тканин.

Мета роботи. Встановити діагностичну цінність відеоторакоскопії для морфологічної верифікації діагнозу у хворих із синдромом внутрішньогрудної лімфаденопатії нез'ясованої етіології. Ознайомити фізіотерапевтів, пульмонологів, торакальних хірургів із власним досвідом використання даного методу.

Матеріали і методи. За останні 11 років (період 2003–2013 роки) у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики етіології синдрому внутрішньогрудної лімфаденопатії із застосуванням відеоторакоскопії була визначена 72 хворим. В 65 (90,3 %) випадках виконувалась відеоторакоскопічна (ВТС) біопсія з методикою De Groot, у 17 (9,7 %) випадках — відеоасистована (ВАТС) біопсія. В досліджуваній групі пацієнтів дещо переважали чоловіки — 39 (54,2 %) випадків, жінок було 33 (45,8 %). Віковий діапазон хворих коливався від 13 до 76 років (середній вік хворих — 39,5 років).

ВАТС-біопсія використовувалась нами при наявності ознак ураження лімфатичних вузлів і паренхіми легень, а також при технічних труднощах виконання ВТС-біопсії. При виконанні ВАТС-біопсії робилася мініторакотомія довжиною до 5 см по середній аксілярній лінії. Оперативне втручання проводилось під загальним знеболенням із однолегеневою інтубацією з контрлатеральної сторони.

Для визначення топографії груп вражених лімфатичних

вузлів нами використовувалась класифікація лімфатичних колекторів грудної клітини запропонована Т. Naruke. При ВТС- і ВАТС-біопсіях справа найчастіше матеріал отримувался з верхніх трахеобронхіальних лімфовузлів (№ 4 по Т. Naruke). При виконанні ВТС- і ВАТС-біопсії зліва найчастіше матеріал брався з параортальних і субаортальних (№ 5 і 6 по Т. Naruke) лімфовузлів.

Результати аналізу діагностичної цінності біопсії з використанням відеоторакоскопії оцінювались за критеріями чутливості (інформативності), специфічності і точності.

Результати. В результаті виконання 72 хворим біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів із використанням методу відеоторакоскопії були верифіковані наступні нозологічні форми: саркоїдоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів — 31 (43,0 %) випадок; злоякісне враження лімфовузлів — 24 (33,4 %) спостереження (з них у 10 (13,9 %) випадках був діагностований лімфогранулематоз, у 3 (4,2 %) хворих — неходжкінська лімфома, у 2 (2,8 %) пацієнтів — інші злоякісні новоутворення середостіння, у 9 (12,5 %) осіб — метастатичне враження); туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів — 7 (9,7 %) випадків; неспецифічна лімфаденопатія — 5 (6,9 %) хворих; вторинне враження при системній патології сполучної тканини — 3 (4,2 %) спостереження, вторинне враження при СНІД — у 2 (2,8 %) пацієнтів.

При виконанні втручання були зафіксовані наступні ускладнення: скид повітря з легені в ранньому післяопераційному періоді — у 4 (5,6 %) хворих (по два випадки після виконання ВТС- та ВАТС-біопсії відповідно); локальна внутрішньоплевральна гематома — у 7 (9,7 %) пацієнтів (в 6 (8,3 %) випадках після виконання ВТС-, і в 1 (1,4 %) — після ВАТС-біопсії); перфорація мембранозної частини трахеї (під час ВТС-біопсії) — 1 (1,4 %) спостереження; нагноєння післяопераційної рани після виконання ВАТС-біопсії — у 2 (2,8 %) осіб. У всіх хворих ускладнення були ліквідовані. В 2 (2,8 %) випадках виконання ВТС-біопсії була виконана інтраопераційна конверсія в торакотомію. Загальний рівень ускладнень при ВТС біопсії склав 9 (13,8 %), а при ВАТС — 5 (29,4 %) спостережень.

Слід зазначити зростання кількості пацієнтів, яким виконана біопсія внутрішньогрудних лімфатичних вузлів саме в останні роки. За 2013 рік була проведена 21 (29,2 %) біопсія із застосуванням відеоторакоскопії.

Чутливість, специфічність і точність ВТС-біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів становить відповідно 95,9 %, 98,0 %, 97,1 %, а при ВАТС-біопсії — 93,8 %, 93,3 %, 93,5 %.

Висновок. Відеоторакоскопічна методика біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів є безпечним, малотравматичним та інформативним способом встановлення етіології синдрому внутрішньогрудної лімфаденопатії.