
О. Е. Кшановський, М. С. Опанасенко, І. М. Павлюк, Л. М. Загаба
РОЛЬ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЇ ТА ВІДКРИТОЇ БІОПСІЇ ДЛЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ
ДІАГНОСТИКИ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ

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

Вступ. Дифузні захворювання легень (ДЗЛ) — це гетерогенна група хвороб, які об'єднані рентгенологічним синдромом двобічної дисемінації. Визначення «дифузний» за міжнародною номенклатурою означає залучення в патологічний процес всіх долей обох легень, хоча, на ранніх етапах виявлен-

ня, дане твердження може не справджуватись. В даний час спостерігається тенденція росту абсолютного числа випадків ДЗЛ, які в своїй більшості представляють складну діагностичну задачу для лікарів різних спеціальностей. ДЗЛ за етіологічними ознаками можна розділити на захворювання з відомою етіоло-

гією (інфекційні — туберкульоз легень, паразитарні ураження, легеневі мікози; та неінфекційні — пневмокониозі, екзогенні алергічні альвеоліти та інші), невідомої природи (саркоїдоз, гістіоцитоз Х, ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт, альвеолярний протеїноз та інші) та вторинні враження легень при системних захворюваннях (ревматоїдний поліартрит, системний червоний вовчак, системні васкуліти та багато інших). Оглядова рентгенографія органів грудної клітини є первинним методом виявлення ДЗЛ. Клінічна симптоматика при даних захворюваннях неспецифічна і, як правило, включає в себе прогресуючу задишку, сухий кашель, іноді — кровохаркання, ознаки ураження плеври, а також позалегеневі прояви. Гістологічна верифікація діагнозу є найбільш точною і дозволяє швидко встановити природу ДЗЛ. В даній роботі відображено значення відеоторакоскопічної та відкритої біопсії легень як елемента у діагностиці етіології даних захворювань.

Матеріали і методи. Був проведений аналіз історій хвороб пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики з 2011 по 2013 роки і госпіталізувались з попереднім діагнозом «дифузне захворювання легень неясного генезу». В 6 (40 %) випадках була виконана відеоторакоскопічна (ВТС) біопсія легень, в 5 (33,3 %) спостереженнях — відеоасистована (ВАТС) біопсія, і у 4 (26,7 %) хворих — відкрита біопсія легень. В досліджуваній групі пацієнтів переважали чоловіки — 10 (66,7 %) осіб, жінок було 5 (33,3 %). Віковий діапазон коливався від 22 до 62 років (в середньому — 45 років).

ВТС-біопсія виконувалась із застосуванням одноразових ендоскопічних сшиваючих апаратів. ВАТС-біопсія проводилась при наявності технічних труднощів виконання ВТС-біопсії. При ВАТС-біопсії робилася мініторакотомія довжиною до 5 см по середній аксілярній лінії, використовувались багаторазові сшиваючі апарати типу УС-30, УКЛ-60. Під час оперативного втручання хворі перебували під загальним знеболенням із штучною односторонньою вентиляцією з контрлатеральної сторони.

Результати і обговорення. В результаті виконання оперативних втручань гістологічний діагноз був встановлений всім хворим. Були верифіковані наступні нозології: саркоїдоз легень — у 6 (40,0 %) хворих, карциноматоз легень — 3 (20,0 %) спо-

стереження, по одному (6,7 %) випадку: інфільтративний туберкульоз легень, дифузно-склеротична форма силікозу легень, тезауризмоз, еозинофільний гранулематоз, постзапальний пневмофіброз, вторинне враження при ревматоїдному артриті. Загальний рівень ускладнень склав 2 (13,3 %) випадки: 1 (6,7 %) спостереження тривалого скиду повітря з місця механічного шва після відкритої біопсії, і 1 (6,7 %) випадок внутрішньоплевральної кровотечі. У обох хворих дані ускладнення вдалося ліквідувати консервативними методами.

У 11 (73,3 %) пацієнтів оперативне втручання проводилося справа. Локус біопсії встановлювався на основі даних комп'ютерної томографії та оцінки інтраопераційної ситуації, і, як правило, визначався в ділянці S4 або S5 середньої долі. Зліва оперативне втручання проводилося рідше, і, у випадку такого доступу, місцем біопсії обиралася ділянка язичкових сегментів.

За даними клініки Меуо (США) основними компонентами диференційної діагностики ДЗЛ являються: темп динаміки патологічного процесу, рентгенологічні характеристики (використовуючи мультиспіральну комп'ютерну томографію високої роздільної здатності) та клінічні прояви. У багатьох випадках, взаємозв'язок цих компонентів дає можливість встановити точний діагноз не вдаючися до біопсії легень. Проте, коли морфологічна верифікація все ж потрібна, отримані клініко-інструментальні дані можна використати для вибору оптимального виду біопсії і визначення зон для неї. При мінімальній травматизації необхідно отримати максимальну інформацію про патологічний процес в легенях. На цьому етапі виникає багато питань деонтологічного характеру, що стосуються виправданості застосування інвазивного методу біопсії. В даному випадку завжди слід порівнювати розмір шкоди, що наноситься даним методом, і шкоди внаслідок неточності діагностики і помилкового лікування.

Відеоторакоскопічна, відеоасистована та відкрита біопсія хоча і не являються малотравматичними в порівнянні з тонкоголковою трансторакальною чи трансбронхіальною біопсіями легень, проте їх інформативність наближається до 100 % і дає можливість швидкого встановлення морфологічного діагнозу у випадках, коли це необхідно.