

І. М. Купчак, М. С. Опанасенко, О. Е. Кшановський
ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ СИНДРОМУ
ВНУТРІШНЬОГРУДНОЇ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗУ ТА СУПУТНЬОГО
УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ, ПЛЕВРИ, ПЕРИКАРДУ

ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”

Вступ

Торакальні хірурги часто зустрічаються з одночасним ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів

(ВГЛВ) та самої легені, парієтальної плеври, перикарду, що, в свою чергу, обумовлює важкість перебігу захворювання. Такі ознаки можуть бути проявами як одного

Український пульмонологічний журнал. 2017, № 2. Додаток

патологічного процесу, так і різних нозологічних форм. Точна морфологічна верифікація патологічного процесу необхідна для строгої індивідуалізації планів лікування хворих [2, 3, 4].

Останнє десятиріччя відзначено широким впровадженням відеоторакоскопії (ВТС) при діагностиці та лікуванні захворювань органів грудної порожнини. Завдяки малоінвазивним технологіям з'явилися якісно нові можливості діагностичних та лікувальних операцій на органах грудної порожнини. Адже, існує багато захворювань, що супроводжуються схожою симптоматикою [6, 7, 8].

ВТС є досить інформативним методом діагностики (90,2 %), має високу специфічність (96,2 %) та точність (92,3 %), адже дає можливість не лише отримати необхідну кількість біопсійного матеріалу, але і візуалізувати сам патологічний процес, оцінити зміни ВГЛВ та прилеглих тканин [1, 9].

Мета роботи

Представити власні результати ВТС біопсії ВГЛВ та одночасної біопсії інших уражених ділянок органів грудної порожнини.

Матеріали і методи

Нами були проаналізовані і узагальнені дані 164 хворих із синдромом внутрішньогрудної лімфаденопатії (СВГЛП) невідомої етіології, що перебували у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» в період з 2008 по 2016 рр. з метою верифікації діагнозу. Критерієм включення пацієнтів у дослідження було виконання їм ВТС біопсії ВГЛВ та інших органів грудної порожнини, при їх ураженні, з наступним гістологічним дослідженням отриманих біоптатів. Серед хворих жінок було — 84 (48,8 %), чоловіків — 80 (51,2 %).

Серед них у віці:

- до 20 років було — 12 (7,3 %) хворих;
- 21-40 років — 83 (50,6 %) пацієнти;
- 41-60 років — 56 (34,2 %) госпіталізованих;
- старше 60 років — 13 (7,9 %) спостережень.

Дані пацієнти були госпіталізовані з наступними діагнозами:

- синдром внутрішньогрудної лімфаденопатії невідомої етіології — 93 (56,8 %) хворих;
- синдром внутрішньогрудної лімфаденопатії невідомої етіології, плеврит, перикардит — 13 (7,9 %) хворих;
- синдром внутрішньогрудної лімфаденопатії невідомої етіології, новоутворення кардіодіафрагмального синуса справа — 1 (0,6 %) спостереження;
- синдром внутрішньогрудної лімфаденопатії та дисемінований процес у легенях невідомої етіології — 53 (32,3 %) хворих;

синдром внутрішньогрудної лімфаденопатії та дисемінований процес у легенях невідомої етіології, плеврит, перикардит — 4 (2,4 %) госпіталізованих.

Всім хворим в передопераційному періоді було проведено загально-клінічне обстеження, спіральна комп'ютерна томографія органів грудної порожнини з болюсним в/в підсиленням, електрокардіографія, ехокардіографія, мікроскопічне та бактеріологічне дослідження мокроти.

Результати і обговорення

Завдяки ВТС була можливість візуально оцінити поширеність процесу та визначити або розширити, заздалегідь визначений, об'єм біопсії інтраопераційно, взяти достатню кількість матеріалу для подальшого гістологічного дослідження біоптатів. Дані про розподіл хворих по об'єму ВТС біопсії представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих по об'єму ВТС біопсії

Об'єм ВТС біопсії	Кількість хворих	
	абс.	%
ВТС біопсія ВГЛВ	75	45,7
ВТС біопсія ВГЛВ, легені	39	23,8
ВТС біопсія ВГЛВ, парієтальної плеври	18	11,0
ВТС біопсія ВГЛВ, легені, парієтальної плеври	14	8,5
ВТС біопсія ВГЛВ, парієтальної плеври з фенестрацією перикарду та його біопсією	7	4,3
ВТС біопсія ВГЛВ з фенестрацією перикарду та його біопсією	6	3,7
ВТС біопсія ВГЛВ, легені, парієтальної плеври з фенестрацією перикарду та його біопсією	3	1,8
ВТС біопсія ВГЛВ, легені з фенестрацією перикарду та його біопсією	1	0,6
ВТС біопсія ВГЛВ та видалення ліпони кардіодіафрагмального синуса справа	1	0,6
Всього:	164	100,0

Аналізуючи результати, представлені в таблиці 1, можна зробити висновок, що ізольоване ураження ВГЛВ спостерігалось у меншій кількості хворих (75 (45,7 %) випадків), а більшість пацієнтів (89 (54,3 %) випадків) мали ураження декількох видів тканин. Це, в свою чергу, свідчить про важкість загального стану пацієнта, тривалий анамнез захворювання та відсутність етіотропної терапії. Велику роль в покращенні перебігу післяопераційного періоду та стану хворого відіграла фенестрація перикарду діаметром 1,5–2,0 см при перикардиті, яку виконували на початку операції для нормалізації серцевої діяльності [5].

Заключний діагноз встановлювався по сукупності лабораторних результатів, які відігравали велику роль в діагностиці системної патології сполучної тканини, та даних гістологічного дослідження всіх біоптатів, оскільки

Таблиця 2

Розподіл прооперованих хворих за нозологічною формою ураження

Нозологічна форма	Кількість випадків	
	абс.	%
Саркоїдоз	67	40,9
Онкогематологічне захворювання	50	30,5
Метастатичне ураження	13	7,9
Неспецифічне ураження	11	6,7
Туберкульоз	8	4,9
Системне захворювання сполучної тканини	8	4,9
Онкологічне захворювання	4	2,4
Інші захворювання	3	1,8
Всього	164	100,0

ки, в деяких випадках, при реактивних змінах в ВГЛВ патологічні зміни виявляли в інших тканинах і навпаки. Розподіл прооперованих хворих за нозологічною формою ураження представлені в таблиці 2.

Аналіз даних, представлених в таблиці 2, дозволяє зробити висновок, що найчастішою причиною ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та інших органів грудної порожнини є саркоїдоз (67 (40,9 %) випадків). Дещо меншу кількість складають пацієнти з онкогематологічним ураженням (50 (30,5 %) випадків), онкологічне захворювання виявлено у 4 (2,4 %) хворих, метастатичне ураження — в 13 (7,9 %) випадках, системне захворювання сполучної тканини діагностовано 8 (4,9 %) пацієнтам, неспецифічне ураження виявлено в 11 (6,7 %) випадках, туберкульоз — у 8 (4,9 %) випадках та інші захворювання діагностовано 3 (1,8 %) пацієнтам. Отримані результати свідчать, що велика доля припадає на онкопатологію, успішність лікування якої залежить від своєчасного призначення променевої чи хіміотерапії.

Кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень при ВТС біопсії ВГЛВ та інших уражених органів грудної порожнини представлено в таблиці 3.

Таблиця 3

Інтраопераційні та післяопераційні ускладнення при ВТС біопсії ВГЛВ та інших уражених органів грудної порожнини

Вид ускладнення	Інтраопераційні ускладнення	Післяопераційні ускладнення
Кровотеча/внутрішньо-плевральна гематома	3 (1,8 %)	2 (1,2 %)
Пошкодження легені	4 (2,4 %)	—
Недорозправлення легені/пневмоторакс	—	4 (2,4 %)
Інфекційні ускладнення	—	3 (1,8 %)
Всього	7 (4,3 %)	9 (5,4 %)

Аналіз таблиці 3 дає можливість зробити висновок, що інтраопераційні ускладнення були діагностовано в 7 (4,3 %) випадках: у 4 пацієнтів відбулося пошкодження кортикального шару легені і ще в 3 випадках трапилось пошкодження міжреберних судин. Пошкодження легені в одного хворого було результатом пневмолізу із-за вираженого злукового процесу в плевральній порожнині, а в трьох — пошкодження відбулося при постановці першого торакопорту. Пошкодження міжреберних судин (гілок міжреберної артерії або вени) в однієї хворої трапилось при встановленні торакопорту,

ще в двох випадках — при виконанні пневмолізу. В обох випадках об'єм крововтрати склав менше 20 мл, ускладнення були ліквідовані шляхом використання діатермокоагуляції.

Післяопераційні ускладнення розвинулись в 9 (5,4 %) пацієнтів. Інфікування з нагноєнням місць постановки торакопортів було діагностовано в двох випадках. Причиною даного ускладнення можна вважати тривалу ішемізацію країв операційної рани за рахунок компресії на неї стінки торакопорту. Особливостей введення хворих з інфікованими післяопераційними ранами не було (дотримувались загальних принципів гнійної хірургії). У однієї хворої виникла нижньодольова пневмонія справа.

У трьох пацієнтів в післяопераційному періоді спостерігалось тривале недорозправлення легені на стороні операції, що потребувало тривалого (10 діб) використання активної аспірації і введення в плевральну порожнину склерозуючих препаратів.

У однієї пацієнтки на 7 добу після операції (дренажі з плевральної порожнини були видалені на 4 добу) трапився спонтанний пневмоторакс на оперованому боці. Хворій було проведено дренування плевральної порожнини за Бюлау, і через 17 діб вона була виписана із стаціонару.

У одного пацієнта на першу добу після операції було діагностовано внутрішньоплевральну кровотечу (об'єм крововтрати склав 700 мл за 4 год.); консервативна терапія не давала бажаного ефекту, тому того ж дня хворому було проведено торакотомію зліва з остаточним гемостазом. Інтраопераційно було встановлено, що джерело кровотечі знаходилось в місцях проведення біопсії (у хворого пізніше було діагностовано крупноклітинну лімфому). Через 20 діб пацієнт був виписаний із стаціонару для продовження лікування у онколога. Ще у одного хворого було діагностовано внутрішньоплевральну гематому, яка лізувалась на фоні консервативної терапії.

Висновки

ВТС являється доступним, малотравматичним та надійним методом діагностики етіології СВГЛП та супутнього ураження легень, плеври, перикарду. Дає можливість візуально оцінити поширеність процесу та визначити об'єм біопсії інтраопераційно, взяти достатню кількість матеріалу для подальшого гістологічного дослідження біоптатів. ВТС біопсія має невисокий рівень інтраопераційних і післяопераційних ускладнень (4,3 % і 5,4 % відповідно), які легко ліквідуються консервативними методами.

ЛІТЕРАТУРА

- Алгоритм діагностики етіології синдрому внутрішньогрудної лімфаденопатії [Текст] / М. С. Опанасенко [і ін.] // Журнал НАМН України. — 2015. — Т. 21, № 3–4. — С. 367–374.
- Баранова, О. П. Трудности диагностики саркоидоза органов дыхания [Текст] / О. П. Баранова, М. М. Илькович, А. А. Сперанская // Практическая медицина. — 2011. — № 51. — С. 58–62.
- Зайков, С. В. Дифференциальная диагностика синдрома внутригрудной лимфаденопатии / С. В. Зайков // Клиническая иммунология алергология, инфектология. — 2009. — № 4 (53). — С. 16–24.
- Инвазивная диагностика при синдромах внутригрудной лимфаденопатии и диссеминации [Текст] / А. В. Потанин, И. Ю. Визель, В. П. Потанин, А. А. Визель // Вестник современной клинической медицины. — 2011. — № 4 (3). — С. 56–60.
- Пат. 110451 Україна, МПК9 А 61 В 1/00, А 61 В 17/00. Спосіб відеоторакокопічної біопсії тканин органів грудної порожнини при наявності випінного перикардиту [Текст] /
- Фещенко Ю. І. [та ін.] ; заявник та власник патенту ДУ "Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України". — № у 2016 03589 ; заявл. 05.04.16 ; опубл. 10.10.16, Бюл. № 19. — 1 с.
- Яблонский, П. К. Торакокопические операции при новообразованиях средостения [Текст] / П. К. Яблонский // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. — Вып. 2. — С. 119–127.
- De Groot, M. Thoracoscopy in undiagnosed pleural effusions / M. De Groot, G. Walther // S. Afr. Med. J. — 1998. — Vol. 88. — P. 706–711.
- Video-assisted thoracoscopic surgery for the diagnosis of patients with hilar and mediastinal lymphadenopathy / J.S. Chen [et al.] // J. Formos. Med. Assoc. — 2001. — № 3. — P. 213–216.
- Videothoracoscopic approach to primary mediastinal pathology / G. Roviato [et al.] // Chest. — 2000. — № 117 (4). — P. 1179–1183.