

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І
ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМ. Ф. Г. ЯНОВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ
МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

ОЛЕЩЕНКО ГАЛИНА ПАВЛІВНА

УДК 616.25-002-073.7

**РОЛЬ УЛЬТРАСОНОСКОПІЇ У РАННЬОМУ ВИЯВЛЕННІ
ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО
ТА ІНШОГО ГЕНЕЗУ**

14.01.26 – фтизіатрія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук



Київ – 2018

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на кафедрі загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії Сумського державного університету

Науковий керівник

доктор медичних наук, професор

Дужий Ігор Дмитрович,

Сумський державний університет, завідувач кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор

Мельник Василь Павлович,

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», завідувач кафедри інфекційних хвороб, фтизіатрії та пульмонології;

доктор медичних наук, професор

Процюк Раду Георгійович,

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, професор кафедри фтизіатрії та пульмонології

Захист відбудеться «11» червня 2018 р. о 10 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.552.01 при Державній установі «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10).

Автореферат розісланий «10» травня 2018 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради



О. О. Речкіна

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Незважаючи на те, що епідеміологічну ситуацію з туберкульозу (ТБ) в Україні вдалося дещо стабілізувати, тягар цієї недуги залишається значним (Фещенко Ю. І., 2015; Петренко В. І., 2015; Супрун У., 2017). Паралельно із захворюваністю на легеневий туберкульоз зростає кількість хворих на позалегенові його форми (Маргітич В. О., 2010; Клішина Л. С., 2011; Рознатовська О. М., 2012; Петренко В. І., 2013, 2015; Голка Г. Г., 2015; Мельник В. П., 2016). Співвідношення позалегенових форм до легенових становить 1:7–1:8. У розвинутих країнах – 1:2 (Канада), 1:3 (США), 1:4 (Німеччина, Швейцарія) (Клішина Л. С., 2011). Це може свідчити про недовиявлення туберкульозу позалегенової локалізації (Клішина Л. С., 2011; Голка Г. Г., 2015). Найбільш частою формою якого є туберкульозний плеврит. Питома вага останнього у структурі всього туберкульозу знаходиться у межах 10–12 % (Дужий І. Д., 2008; Бабіч М. І., 2013), але може сягати і 31 % (Фещенко Ю. І., 2015; Light R. W., 2013). У ВІЛ-позитивних осіб ця цифра досягає 30–70 % (Николаєва О. Д., 2012). З огляду на це проблема діагностики туберкульозних плевритів залишається вельми актуальною.

Кількість пацієнтів із захворюваннями плеври іншого генезу також поступово зростає, що загострює важливість диференціальної діагностики (Ліскіна І. В., 2007; Дужий І. Д., 2008; Фещенко Ю. І., 2015). Найбільш частою і важливою ознакою плевриту будь-якого генезу є синдром плеврального випоту (СПВ). Питома вага плевритів, спричинених *M.tuberculosis*, поміж усіх хворих із СПВ корелює з рівнем розвитку країн. Так, у Новій Зеландії, Великобританії, Іспанії та Франції туберкульозний плеврит становить 5,9 %, 5,6 %, 3,2 % та 2,7 % відповідно. Натомість у Південній Африці частота туберкульозного плевриту досягає 82,4 % (Zhai K., 2016). За даними (Light R. W., 2010, 2013) у США частота захворювання не перевищує 4 %, а у країнах, що розвиваються – складає 30–85 %. Цю думку поділяють вітчизняні автори, за даними яких туберкульозний плеврит поміж усіх випадків СПВ може сягати 70,5 % (Іващенко В. Є., Калабуха І. А., 2016; Опанасенко М. С., 2017).

Особливості інервації плевральної порожнини, грудної та черевної стінок, очеревини, поперекової і сідничної ділянок нерідко спричиняють маскування перших проявів туберкульозного процесу у плеврі під інші патологічні процеси та стани (Дужий І. Д., 2008, 2010). У зв'язку з цим частота «помилкових» діагнозів знаходиться у межах 20–40 % (Ліскіна І. В., 2007; Іващенко В. Є., Калабуха І. А., 2016).

Попри те, що синдром плеврального випоту є актуальною проблемою фізіопульмонології та торакальної хірургії, нормативними документами єдиного стандарту діагностики цієї недуги не прописано (Дужий І. Д., 2008), що нерідко веде до несвоєчасної діагностики захворювання. У зв'язку з цим зростає кількість хворих на хронічний плеврит, розвиток якого можливий у 10–12 % осіб навіть у процесі терапевтичного лікування хворих (Дужий І. Д., 2008, 2010). Подальше лікування таких хворих вимагає значних витрат і часто закінчується інвалідизацією через формування легеневого серця.

Окрім цього туберкульозний плеврит, залежно від своєчасності його діагностики, інтенсивності лікування, виконання хворими належного режиму та проведення протирецидивних курсів терапії може пролонгуватися у легеневі форми від 8,2 % до 44,9 % (Дужий І. Д., 2008; Фещенко Ю. І., 2015; Мамбетова Р. М., 2015; Cohen L. A., 2015; Котович Д. С., 2017). Перелічене обґрунтовує актуальність проблеми.

Виявлення туберкульозного плевриту включає як клінічне, так і рентгенологічне обстеження хворих. Поряд з останнім найбільш безпечним, високоінформативним та доступним є неінвазійне ультразвукове дослідження (УЗД), особливо при локалізації процесу у обмежено доступних ділянках грудної порожнини та малій кількості випоту (Дужий І. Д., 2008; Дмитрієва Е. Ю., 2010; Крадінов А. І., 2013; Шинкаренко Е. В., 2011; Khosla R., 2012; Soni N. J., 2015).

Традиційний рентгенологічний метод дозволяє підтвердити не лише наявність СПВ, а й встановити наявність легеневого процесу. Проте встановлення плеврального випоту (ПВ) цим методом можливе лише за його наявності понад 300 мл. Разом з тим у значній кількості випадків виконується лише оглядова рентгенографія, що за певної клінічної картини, яка нагадує пневмонію, лікарям нерідко здається достатнім для підтвердження легеневого процесу. Така «діагностика» нерідко затягує підтвердження СПВ на багато тижнів, що у свою чергу затримує виконання єдино достовірного обстеження, а саме: торакоскопії, плевробіопсії, патоморфологічного дослідження. У свою чергу ультрасоноскопія дозволяє підтвердити наявність СПВ навіть при мінімальних об'ємах випоту, що прискорює виконання перелічених провідних методів дослідження. Проте до цього часу не були проведені порівняльні дослідження цих двох методів щодо своєчасності встановлення синдрому плеврального випоту, впливу на можливість якісного проведення торакоскопії, ефективність забору плевробіоптату, достовірність морфологічних досліджень, якість антибактеріальної терапії та розвиток залишкових змін у плевральній порожнині у близькій та віддаленій періоди і можливість розвитку інших форм туберкульозу. Перелічене підтверджує актуальність дисертаційного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідної роботи медичного інституту Сумського державного університету «Особливості діагностики і лікування туберкульозу легень, плеври, кісток та черевних органів в умовах епідемії» (№ держреєстрації 0115U007130).

Мета дослідження – вивчити роль ультрасоноскопії у ранньому виявленні захворювань плеври туберкульозного та іншого генезу на основі порівняльного аналізу її результатів з даними рентгенографії органів грудної порожнини і торакоскопії.

Завдання дослідження:

1. Провести порівняльне вивчення результатів ультрасоноскопії і рентгенографії органів грудної порожнини у ранньому виявленні плеврального випоту у хворих з клінічними ознаками захворювань плеври.

2. Вивчити вплив результатів ультрасоноскопії та рентгенографії органів грудної порожнини на розвиток плевральних нашарувань на основі даних торакоскопії.

3. Вивчити вплив раннього виявлення плевального випоту методом ультрасоноскопії на частоту і поширеність залишкових плевральних змін після основного курсу терапії.

4. Провести аналіз віддалених результатів лікування хворих на туберкульозний плеврит залежно від термінів його діагностики.

5. Удосконалити алгоритм виявлення та діагностики захворювань плеври на основі раціонального використання методів ультрасоноскопії, рентгенографії та торакоскопії.

Об'єкт дослідження: плевральний випіт.

Предмет дослідження: застосування різних методів променевого дослідження при захворюваннях плеври та їхній вплив на своєчасне виявлення плевального випоту і віддалені результати лікування.

Методи дослідження. У процесі роботи були використані: загальноприйняті клінічні дослідження (опитування, огляд хворих, збір анамнезу, загальні аналізи крові, сечі, біохімічні дослідження та коагулограма крові); променеві методи (рентгенографія у прямій і боковій проекціях, ультрасоноскопічне дослідження органів грудної клітки); функціональні дослідження (спірографія, пневмотахометрія, електрокардіографія (ЕКГ)), інструментально-ендоскопічні методи (бронхоскопія і торакоскопія); цитологічні, гістологічні та статистичні (параметричні та непараметричні методи варіаційної статистики з використанням критерію Ст'юдента-Фішера) методи, анкетування хворих у віддалений період.

Наукова новизна отриманих результатів.

Вперше проведена оцінка впливу ультрасоноскопічного дослідження на своєчасність встановлення плевального випоту і захворювання плеври, що скорочує терміни діагностики у середньому на 3–4 тижні.

Отримано нові наукові дані щодо впливу ультрасоноскопії на своєчасність спеціальних (торакоскопічного та морфологічного) обстежень у осіб з підозрою на захворювання плеври.

Встановлено, що проведення ультрасоноскопічного дослідження поряд з рентгенологічним дозволяє покращити інформативність результатів торакоскопії та морфологічного дослідження на 9,2 %.

Доведено, що у хворих на туберкульозний плеврит, обстежених із застосуванням розробленого алгоритму, спостерігається покращення безпосередніх результатів лікування та зменшення залишкових змін у віддалений період.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблений алгоритм діагностики захворювань плеври на різних рівнях надання медичної допомоги (первинної, вторинної, третинної). Застосування алгоритму виявлення хворих з ПВ чи патологічним процесом плеври з використанням ультрасоноскопії дозволяє уже в перші дні виконати торакоскопію плевральної порожнини, значно підвищити її результативність і скоротити термін верифікації патологічного плеврального процесу. Разом з тим застосування алгоритму дозволяє зменшити рівень

променевого навантаження на хворого, достовірно констатувати зміни у легеневій паренхімі і суттєво скорочує фінансові витрати.

Розроблено і впроваджено у практику спосіб попередньої верифікації синдрому плеврального випоту (отримано патент України на корисну модель).

Впровадження результатів дослідження. Результати роботи впроваджені у практичну діяльність легенево-хірургічного відділення Сумського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру, хірургічного відділення Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру, фтизіатрично-хірургічного відділення Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру і легенево-хірургічного відділення Запорізького обласного протитуберкульозного клінічного диспансеру.

Теоретичні положення дисертаційного дослідження втілені у навчальний процес на кафедрі загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії Сумського державного університету та на кафедрі фтизіатрії і пульмонології Запорізької медичної академії післядипломної освіти.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом опрацьовані дані літератури, сумісно з науковим керівником запропонована тема дисертації, сформульовані мета, завдання і методи дослідження хворих з підозрою на захворювання плеври і синдром плеврального випоту. Самостійно розроблено критерії включення та виключення хворих із дослідження і розподіл їх на групи, проведено ретроспективне вивчення медичного архіву хворих групи порівняння і безпосереднє обстеження хворих основної групи. Вивчено безпосередні та віддалені результати лікування хворих основної та групи порівняння. Дисертантом розроблена анкета спостереження хворих у віддалений період (від 2 до 4 років після завершення основного курсу хіміотерапії), яка дозволяє вивчити наявність та характер больового синдрому і його залежність від зовнішнього впливу, розвиток загострень специфічного процесу та його пролонгації з залученням у процес легень та інших органів. Отримані матеріали оброблено статистично. Проведено аналіз і узагальнення результатів, оформлено матеріали дисертації. Спільно з науковим керівником сформульовані висновки і практичні рекомендації.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації представлені на IV Міжнародній науково-практичній конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання теоретичної та практичної медицини» (м. Суми, 2016), на V Міжнародній науково-практичній конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання теоретичної та клінічної медицини» (м. Суми, 2017) та на обласній нараді з лікарями-фтизіатрами (м. Суми, 2017).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 15 наукових праць: 9 статей у виданнях, рекомендованих МОН України (у тому числі 7 статей, що входять до міжнародних наукометричних баз), 2 – статті у журналі, що зареєстрований у наукометричній базі Scopus; 1 – в іноземному виданні, 3 тези – у матеріалах з'їздів і конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація складається із вступу, огляду літератури, 3 розділів власних досліджень, аналізу і обговорення отриманих

результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел. Робота викладена на 156 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 18 таблицями, 2 схемами та 5 рисунками. Список використаних джерел включає 159 джерел (з них 62 іноземних).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкт та методи дослідження. Під спостереженням було дві групи хворих. Основна група складалась із 142 осіб, група порівняння – із 187 хворих. Хворі групи порівняння обстежувались згідно існуючих Стандартів, затверджених наказами Міністерства охорони здоров'я України від 09.06.2006 № 384, від 21.12.2012 № 1091, від 04.09.2014 № 620. В основі обстеження базовим методом променевої діагностики була традиційна рентгенографія органів грудної порожнини. Ця група хворих вивчалася ретроспективно. Хворі основної групи обстежувались згідно з алгоритмом діагностики захворювань плеври. Базовим методом променевої діагностики у цих хворих була ультрасоноскопія, яка доповнювалася рентгенографією. Усі хворі обстежені за період 2010-2015 рр. на базі Сумського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру. Поміж досліджених осіб основної групи мешканців міста було 83 (58,5 %) особи, а мешканців села – 59 (41,5 %), у групі порівняння – 123 (65,8 %) та 64 (34,2 %) відповідно. В основній групі у віці 30–39 років був 41 (28,9 %) хворий, 40–49 років – 28 (19,7 %) осіб. Із хворих групи порівняння у 30–39 років звернулись за допомогою 49 (26,2 %) осіб, у віковій підгрупі 40–49 років таких хворих було 45 (24,1 %). Переважна кількість хворих у обох групах належала до осіб чоловічої статі: 115 (81,0 %) у основній групі і 138 (73,8 %) – у групі порівняння. Тобто за місцем проживання, віком та статтю групи достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$).

В основній групі безробітними були 54,9 % досліджених, у групі порівняння – 57,8 %. Зловживання алкоголем зафіксоване у 20,4 % хворих основної групи і 24,6 % хворих групи порівняння; тютюнопаління – у 50,7 % хворих основної групи і 56,7 % у групі порівняння.

Без супутніх захворювань в основній групі було 74 (52,1 %) хворих, а у групі порівняння – 86 (46,0 %) – ($p > 0,05$). Хронічний бронхіт мав місце у 154 (46,8 %) хворих обох груп: у основній – у 64 (45,1 %), у групі порівняння – у 90 (48,1 %). Різні захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, вади серця) встановлено у 21 (14,8 %) особи основної групи та у 22 (11,8 %) – групи порівняння ($p > 0,05$). Хронічний гепатит різного генезу спостерігали у 18 (12,7 %) хворих основної та у 34 (18,2 %) хворих групи порівняння – ($p > 0,05$). Захворювання шлунково-кишкового тракту мали місце у 16 (11,3 %) хворих основної групи і у 27 (14,4 %) хворих групи порівняння ($p > 0,05$). Захворювання сечостатевої системи було зафіксовано у 4 (2,8 %) і у 10 (5,3 %) хворих основної групи та групи порівняння відповідно.

Як альтернативну методику до традиційного рентгенологічного обстеження хворих (група порівняння) уточнено і впроваджено у практику алгоритм виявлення СПВ, при якому поряд із рентгенографією була ультрасоноскопія (основна група) – (рис. 1).

Алгоритм діагностики захворювань плеври

Первинний рівень надання медичної допомоги

Синдромний діагноз: збір провідних скарг (біль – кашель – покашлювання – задишка) з урахуванням соціального статусу і провокуючих факторів та вивчення суміжних захворювань

Проведення фізикальних досліджень

Попередній синдромний діагноз

Вторинний рівень надання медичної допомоги

Ультрасоноскопія – вірогідний синдромний діагноз (плевральний випіт)

Рентгенологічне дослідження – продовження встановлення захворювань плеври

Третинний рівень надання медичної допомоги

Пункція плевральної порожнини: достовірний синдромний діагноз

Мікроскопічне дослідження (КЗН, МБТ). Біохімічне дослідження (амілаза, глюкоза, лактатдегідрогеназа)

Торакоскопія з плевробіопсією у 5 ділянках для цитологічного, гістологічного, мікроскопічного, бактеріологічного та генно-молекулярного досліджень

Туберкульоз

Лікування

Нетуберкульозні захворювання:
онкологічне, системне захворювання сполучної тканини, системні захворювання судин, інфекційні захворювання, інші

Після ліквідації випоту на II

III добу – оглядова бокова рентгенографія органів грудної порожнини

Залежно від отриманих результатів (дисемінація, пневмосклероз, зменшення об'єму легені) – томографія – КТ – бронхоскопія – (лаваж: мікроскопія – посів – генно-молекулярне дослідження (GeneXpert) – ІФА, ПЛР)

Діагноз встановлено

Скерування хворих у відповідні лікувальні заклади

Рис. 1. Алгоритм діагностики захворювань плеври

За наявності незначної кількості випоту безпосередньо перед торакоскопією проводили додаткове ультрасоноскопічне дослідження для встановлення місця плевральної пункції.

З метою виявлення ознак неопластичного процесу та забору лаважу для дослідження на мікобактерії туберкульозу усім хворим проведено бронхоскопію. Відсутність змін при бронхоскопічному дослідженні достовірно частіше мала місце у хворих основної групи (71,1 % проти 39,0 %), що пов'язано з більшою тривалістю процесу у хворих групи порівняння. Катаральний ендобронхіт мав місце у 30 (21,2 %) хворих основної групи та у 81 (43,3 %) хворих групи порівняння ($p < 0,05$).

У дослідження включалися хворі із наявністю плеврального випоту невідомого генезу. З дослідження виключалися хворі на легеневий туберкульоз, ускладнений плевритом, що встановлювали при рентгенографії органів грудної порожнини, хворі на гнійні легеневі процеси, хворі з явними ознаками онкологічних захворювань, захворюваннями серцево-судинної системи з недостатністю кровообігу II–III ступеня, захворюваннями нирок та печінки, психічно неурівноважені особи, хворі з протипоказами до проведення торакоскопії. Перелічені хворі скеровувалися у відповідний лікувальний заклад.

Статистична обробка матеріалу проводилася за допомогою ліцензійних програмних продуктів, які входять у пакет Microsoft Office Home & Business 2016 (ліцензія X20-34344-01 на персональному комп'ютері Everest у програмі Excel) методом варіаційної статистики з використанням критерію Ст'юдента-Фішера. Відмінність показників вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення.

Поміж хворих основної групи плевральний випіт встановлено у 134 (94,4 %) осіб (табл. 1).

Таблиця 1

Характер змін при променевому дослідженні хворих обох груп

Група хворих	Знайдені зміни									
	змін не знайдено		I–IV типи СПВ за типом «пневмонії»		V–XI типи СПВ за типом «пневмонії»		СПВ		всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основна група	8	5,6	-	-	-	-	134	94,4	142	100,0
Група порівняння	52	27,8*	63	33,7	62	33,2	10	5,3*	187	100,0

Примітка. * – статистично підтвержені відмінності між показниками хворих основної групи та групи порівняння ($p < 0,05$).

У групі порівняння первинно традиційним рентгенологічним методом було досліджено 138 (73,8 %) осіб, флюорографічним – 49 (26,2 %). У хворих, обстежених цими методами, ніяких змін у плевральній порожнині не знайдено у 52 (27,8 %) осіб. Лише у 10 (5,3 %) хворих був встановлений діагноз «плевриту» і вони направлені до клініки для інвазійної діагностики процесу. У 125 (66,9 %) хворих групи порівняння встановлено «пневмонію» і проводилось лікування за місцем

проживання у дільничних чи районних лікарнях. Динамічне рентгенологічне обстеження їм проводилося дворазово. Лише після повторного обстеження виникало питання за наявність синдрому плеврального випоту і хворі направлялися у клініку для спеціалізованого дообстеження.

Протягом первинного обстеження 187 хворим групи порівняння було виконано 531 рентгенограму, з них 49 – флюорографій. У середньому кожен хворий був опромінений у 0,8 мЗв.

Витрати до встановлення синдромного діагнозу захворювання плеври у основній групі становили 285 грн. 30 коп, а у групі порівняння – 3 448,8, що більше у 12,1 рази. У цю суму увійшли транспортні витрати, кошти, витрачені на променеві дослідження та лікування різних хвороб, головним чином «пневмонії» у середньому протягом 3–4 тижнів.

У табл. 2 наведено поширеність плевральних нашарувань за даними ендоскопічного дослідження.

Таблиця 2

Поширеність плевральних нашарувань за даними ендоскопічного обстеження хворих основної групи

Термін після маніфестації у тижнях	Поширеність нашарувань												
	0 %		до 2 %		2–4 %		5–6 %		більше 6 %		всього нашарувань		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
До 4-х тижнів	99	69,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4–6 тижнів	-	-	21	56,8	14	37,8	2	5,4	-	-	37	26,1	
Після 6 тижнів	-	-	-	-	2	33,3	4	66,7	-	-	6	4,2	
Всього	99	69,7	21	14,8	16	11,3	6	4,2	-	-	43	30,3	

При торакоскопії 99 хворих основної групи, що звернулися до 4 тижнів після маніфестації процесу нашарування не були знайдені у всіх 99 (100 %) хворих; у період 4-6 тижнів нашарування мали місце у 37 (26,1 %) хворих: поширеністю до 2 % площі тіла – у 21 (56,8 %) хворого, від 2 до 4 % – у 14 (37,8 %) хворих, від 5 до 6 % – у 2 (5,4 %) досліджених. При торакоскопії після 6 тижнів нашарування були більш поширеними, але у меншій кількості хворих: від 2 до 4 % визначалися у 2 (33,3 %) хворих, від 5 до 6 % – у 4 (66,7 %) досліджених. Отже, поширеність нашарувань поміж хворих основної групи до 2 % поверхні тіла мала місце у 21 (14,8 %) хворого, від 2 до 4 % – у 16 (11,3 %) хворих, від 5 до 6 % – у 6 (4,2 %) осіб. Загалом, у цій групі хворих незначна поширеність плевральних нашарувань (до 2 %) мала місце у 14,8 % хворих, поширеність нашарувань понад 2 % поверхні тіла – 15,5 % хворих.

Як свідчать дані табл. 3 у групі порівняння при обстеженні до 6 тижнів 54 осіб нашарування до 2 % поверхні тіла мали місце у 3 (5,6 %) хворих; від 2 до 4 % – у 12 (22,2 %) хворих; від 5 до 6 % – у 6 (11,1 %) досліджених. Поширеність нашарувань на плеврі понад 6 % поверхні тіла зафіксовано у 2 (3,7 %) осіб.

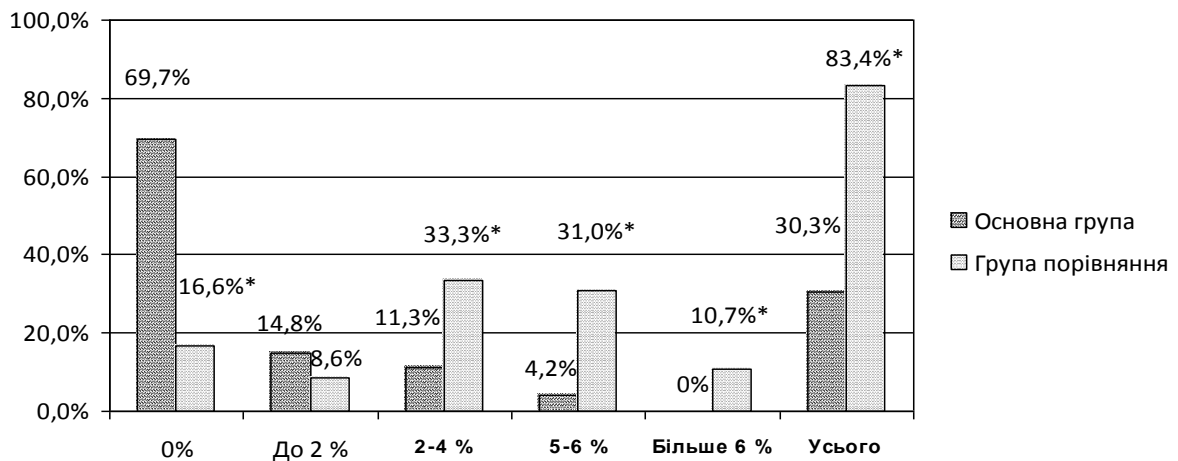
Поширеність плевральних нашарувань за даними ендоскопічного обстеження хворих групи порівняння

Термін після маніфестації у тижнях	Поширеність нашарувань											
	0 %		до 2 %		2–4 %		5–6 %		більше 6 %		всього нашарувань	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 6 тижнів	31	57,4	3	5,6	12	22,2	6	11,1	2	3,7	23	12,3
6-8 тижнів			13	13,5	29	30,2	35	36,5	19	19,8	96	51,3
Після 8 тижнів				-	16	43,3	12	32,4	9	24,3	37	19,8
Всього	31	16,6	16	8,6	62	33,1	58	31,0	20	10,7	156	83,4

У період 6–8 тижнів нашарування на плеврі до 2 % спостерігали у 13 (13,5 %) хворих; від 2 до 4 % – у 29 (30,2 %) осіб; від 5 до 6 % – у 35 (36,5 %) хворих; понад 6 % тіла – у 19 (19,8 %) досліджених.

Після 8 тижнів перебігу хвороби незначних вражень плеври (до 2 %) не було; від 2 до 4 % нашарування зафіксовані у 16 (43,3 %) хворих, від 5 до 6 % – у 12 (32,4 %) хворих; нашарування більші за площею від 6 % трапилися у 9 (24,3 %) досліджених.

Таким чином, поширені нашарування мали місце частіше ($p < 0,05$) у досліджених групи порівняння (рис. 2).



Примітка. * – статистично підтверджені відмінності між показниками хворих основної групи та групи порівняння ($p < 0,05$).

Рис. 2. Поширеність плевральних нашарувань у хворих обох груп

Так, до 2 % поверхні, тобто незначні нашарування, зустрілися частіше у 1,7 рази в основній групі (14,8 % і 8,6 % відповідно), а більш значні нашарування (2–4 %) превалювали у групі порівняння у 2,9 рази (33,1 % і 11,3 % відповідно). Нашарування плеври від 5 до 6 % було зафіксовано у 58 (31,0 %) хворих групи порівняння і лише у 6 (4,2 %) хворих основної групи, що більш часто у 7,4 рази

($p < 0,05$). Враження плеври понад 6 % площі поверхні тіла у основній групі не було, а поміж хворих групи порівняння трапилися у 20 (10,7 %) досліджених. Загалом поміж усіх хворих основної групи при торакоскопії нашарування констатовано у 43 (30,3 %) осіб, і у 156 (83,4 %) хворих групи порівняння, що частіше у 2,8 рази ($p < 0,05$).

При інвазійній ендоскопічній діагностиці візуальні зміни на плевральних листках, які можна було віднести до туберкульозних, знайшли у 85 (59,9 %) хворих основної групи і у 93 (49,7 %) хворих групи порівняння. Неопластичний процес ендоскопічно встановлено у 20 (14,1 %) хворих основної групи, а у групі порівняння – у 34 (18,2 %), гідроторакс серцевого генезу зафіксовано у 5 (3,5 %) хворих проти 9 (4,8 %) осіб. Післятравматичний плеврит у хворих основної групи візуально підтверджено у 5 (3,5 %) осіб та у 4 (2,1 %) досліджених групи порівняння, що менше у 1,7 рази. Емпієма плеври у хворих основної групи констатована у 6 (4,2 %) хворих, у групі порівняння – у 13 (7,0 %), що частіше у 1,7 рази.

Гістологічне підтвердження ендоскопічних даних стосовно туберкульозу плеври у хворих основної групи і групи порівняння мало місце у 80 (94,1 %) та 79 (84,9 %) досліджених відповідно ($p < 0,05$). У 5 (5,9 %) хворих основної групи і у 14 (15,1 %) осіб групи порівняння гістологічно були знайдені окремі елементи туберкульозного запалення, що давало підстави фахівцям-морфологам лише запідозрити специфічний процес. Врахувавши епідеміологічний анамнез, соціальний статус, клінічний перебіг захворювання, візуальні феномени, виявлені при торакоскопії та гістологічні дані, клініко-морфологічно був констатований туберкульоз плеври.

Неспецифічний плеврит, встановлений візуально під час торакоскопії, морфологічно підтверджений у 19 (90,5 %) хворих основної групи. У хворих групи порівняння гістологічно такий діагноз підтвердили лише у 18 (52,9 %) осіб.

Загалом ендоскопічний діагноз у хворих основної групи підтвердити шляхом гістологічного вивчення біоптатів плеври вдалось у 119 (83,8 %) осіб, а у хворих групи порівняння – у 131 (70,1 %) – ($p < 0,05$). Таким чином, інформативність морфологічних досліджень біоптатів плеври на 16,3 % була вищою у хворих основної групи.

Безпосередні результати лікування враховані у хворих на туберкульозний плеврит після завершення інтенсивної фази лікування, тобто через 2 місяці. Для продовження лікування у підтримуючій фазі хворі переводилися на амбулаторний етап. Поміж хворих основної групи, що були обстежені шляхом торакоскопії до 4 тижнів від маніфестації процесу рентгеноморфологічні зміни плевральної порожнини мали місце у 5 (5,9 %) осіб, а у хворих групи порівняння – у 23 (24,8 %), що частіше у 4,2 рази ($p < 0,05$). При цьому зміни плевральної порожнини у хворих основної групи були зафіксовані лише з боку діафрагмальних синусів – у 5 (5,9 %) осіб, а у хворих групи порівняння такі ж зміни мали місце у 13 (14,0 %) – ($p < 0,05$). Інших рентгенологічних змін у хворих основної групи при виписці не було. У той же час у групі порівняння зміни з боку склепіння діафрагми (деформація і високе стояння) залишались у 7 (7,5 %) осіб, а пристінкові нашарування – у 2 (2,2 %). Обмежена рухливість діафрагми при виписці осіб основної групи мала місце у 5 (5,9 %) з них, а поміж осіб групи порівняння – у 19 (20,4 %), що було частіше у 3,5 рази.

Поміж хворих основної групи, які були обстежені у наступний термін після маніфестації процесу (між 4 і 6 тижнями) зміна форми і положення діафрагми зафіксовані рідше, ніж між хворими групи порівняння, що обстежені між 6 і 8 тижнями у 1,6 рази: у 9 (9,7 %) і у 5 (5,9 %) осіб відповідно. З боку діафрагмальних синусів зміни залишалися більш суттєвими: у 9 (10,6 %) осіб основної групи і у 23 (24,7 %) – групи порівняння, що більше у 2,3 рази. Плевральні нашарування між досліджених основної групи залишалися у 5 (5,9 %) осіб, а групи порівняння – у 6 (6,5 %) – ($p \leq 0,05$).

Підсумовуючи кількісно залишкові зміни у плевральній порожнині після закінчення інтенсивної фази лікування встановлено, що вони залежали від терміну перебігу захворювання, а саме: пристінкові нашарування спостерігалися у 10 (11,8 %) досліджених основної групи, а у хворих групи порівняння – у 25 (26,9 %), що частіше у 2,3 рази; деформація склепіння і високе стояння діафрагми зафіксовані у основній групі у 12 (14,1 %), а у групі порівняння – у 19 (20,4 %) осіб, $p \leq 0,05$. Зміни з боку діафрагмальних синусів за типом їх «заповнення» поміж досліджених основної групи мали місце у 16 (18,8 %) осіб, а у хворих групи порівняння – у 39 (41,9 %), що частіше у 2,2 рази ($p < 0,05$).

Встановлено, що хронічний плеврит розвинувся у 7 (7,5 %) досліджених групи порівняння, а між досліджених основної групи такий процес зафіксований не був.

У віддалений період (від 2 до 4 років після завершення основного курсу хіміотерапії) постійний біль у грудній клітці залишався у 13 (17,6 %) реабілітантів основної групи, а у реабілітантів групи порівняння – у 29 (35,8 %), ($p < 0,05$). Біль на атмосферні коливання супроводжував 6 (8,1 %) реконвалесцентів основної групи, а між досліджених групи порівняння – 17 (21,0 %), що частіше у 2,6 рази. Біль на фізичне навантаження також турбував частіше респондентів групи порівняння у 3,6 рази.

Результати рентгенографії органів грудної порожнини у віддалений період представлені у табл. 4.

Таблиця 4

Віддалені результати лікування туберкульозного плевриту у хворих основної групи і групи порівняння

Групи хворих	Зміни у плевральній порожнині						Рецидиви захворювання плеври		Легеневе захворювання		Хронічний плеврит	
	плевральні нашарування, заповнені діафрагмальні синуси		порушення скелетотопії діафрагми		порушення рухливості діафрагми							
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основна група n = 74	5	6,8	10	13,5	4	5,4	-	-	3	4,1	1	1,4
Група порівняння n = 81	16	19,8*	21	25,9*	15	18,5*	6	7,4	9	11,1	8	9,9*

Примітка. * – статистично підтверджені відмінності між показниками хворих основної групи та групи порівняння ($p < 0,05$).

Плевральні нашарування і «заповнені» діафрагмальні синуси були частішими у 2,9 рази у реабілітантів групи порівняння ($p < 0,05$). Зміна форми і положення діафрагми частіше спостерігали у осіб групи порівняння у 1,9 рази. Порушення рухливості діафрагми у обстежених групи порівняння було частішим, ніж у реабілітантів основної групи у 3,4 рази. Рецидив плевриту трапився лише поміж досліджених групи порівняння – у 6 (7,4 %) осіб. Легеневий туберкульозний процес між осіб групи порівняння розвинувся частіше у 2,7 рази, а саме: у 9 (11,1 %) досліджених, а між осіб основної групи – у 3 (4,1 %) – ($p < 0,05$). Хронічний плеврит зафіксовано у 1 (1,4 %) реабілітанта основної групи і 8 (9,9 %) – групи порівняння.

Дихальна недостатність різного ступеня поміж реабілітантів основної групи мала місце у – 25,7 %, а у групі порівняння – у 59,3 %, що частіше у групі порівняння у 2,3 рази ($p < 0,05$).

У 1 (1,4 %) хворого основної групи туберкульоз плеври спричинив ураження хребта. У групі порівняння таких хворих було 3 (3,7 %), що частіше у 2,6 рази.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної задачі фтизіатрії – вивчення ролі ультрасоноскопії у ранній діагностиці захворювань плеври туберкульозного та іншого генезу і удосконалення алгоритму діагностики синдрому плеврального випоту при захворюваннях плеври туберкульозного і неспецифічного генезу на основі раціонального використання методів ультрасоноскопії і рентгенографії органів грудної порожнини, доведено переваги розробленого алгоритму на якість діагностики та попередження плевро-легеневих ускладнень у ранній та віддалений періоди після лікування.

1. Застосування рентгенографії органів грудної порожнини у комбінації з ультрасоноскопією дозволяє виявити плевральний випіт у 94,4 % хворих з підозрою на синдром плеврального випоту та прискорити діагностику захворювання на 3–4 тижні.

2. За рахунок раннього виявлення плеврального випоту методом ультрасоноскопії та рентгенографії органів грудної порожнини з послідувочою торакоскопією плевральні нашарування визначаються у 2,8 рази рідше в порівнянні з хворими, обстеженими лише рентгенологічно. У хворих основної групи нашарування площею 2–4 % площі тіла мають місце у 11,3 % хворих проти 33,1 % хворих групи порівняння ($p < 0,05$); площею 5–6 % – у 4,2 % та 31,0 % відповідно ($p < 0,05$). Ураження плеври площею понад 6 % у хворих основної групи не розвиваються, у хворих групи порівняння мають місце у 10,7 %.

3. Доповнення рентгенографії органів грудної порожнини, при підозрі на плевральний випіт, ультрасоноскопією сприяє більш ранньому проведенню торакоскопії з плевробіопсією після виявлення випоту у плевральній порожнині, що підвищує інформативність морфологічних досліджень біоптатів плеври на 16,3 %.

4. Після завершення інтенсивної фази лікування хворі на туберкульоз плеври, у яких при первинному встановленні плеврального випоту поряд з рентгенографією застосовується ультрасоноскопія, мають менш виражені зміни у вигляді пристінкових нашарувань (11,8 % проти 26,9 % хворих, $p < 0,05$), заповнених синусів

(18,8 % проти 41,9 % хворих, $p < 0,05$), деформації діафрагми (14,1 % проти 20,4 % хворих) ($p < 0,05$) та розвитку хронічного плевриту, який має місце у 7,5 % осіб групи порівняння та не зустрічається в основній групі.

5. Застосування запропонованого алгоритму діагностики захворювань плеври, з урахуванням раннього виявлення плеврального випоту та проведення своєчасної верифікації захворювання, дозволяє зменшити у віддалений період поширеність залишкових змін з боку плевральної порожнини у вигляді нашарувань (6,8 % хворих основної групи проти 19,8 % – групи порівняння, $p < 0,05$), порушення скелетотопії діафрагми (13,5 % проти 25,9 % хворих відповідно, $p < 0,05$) та її рухливості (5,4 % проти 18,5 % хворих, $p < 0,05$); запобігти розвитку рецидиву захворювання плеври. У хворих на туберкульоз плеври, обстежених відповідно до запропонованого алгоритму, хронічний плеврит розвивається у 7,1 рази рідше (1,4 % хворих проти 9,9 %, $p < 0,05$), а легеневе захворювання у 2,7 рази (4,1 % та 11,1 % хворих відповідно, $p < 0,05$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. З метою раннього виявлення плеврального випоту туберкульозного та іншого генезу та своєчасної верифікації діагнозу у хворих рекомендовано застосовувати алгоритм діагностики захворювань плеври. На первинному рівні надання медичної допомоги його складовими є: детальний збір анамнезу з наголосом на соціальний статус, провокуючі умови та фактори і суміжні захворювання; фізикальне дослідження для розпізнавання можливого плеврального випоту.

2. За підозри на ПВ на вторинному рівні надання медичної допомоги необхідно виконати ультрасоноскопічне та традиційне рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини. При встановленні наявності плеврального випоту хворий негайно скеровується до високоспеціалізованого закладу для верифікації діагнозу.

3. На третинному рівні надання медичної допомоги пропонується проводити плевральну пункцію; при підтвердженні плеврального випоту та відсутності протипоказів до торакоскопії (тромбоцитопенія, ознаки свіжого чи недавно перенесеного інфаркту міокарда та ін.) призначається торакоскопія з плевробіопсією у 5 ділянках для цитологічного, гістологічного, мікроскопічного, бактеріологічного та генно-молекулярного дослідження. Після ліквідації випоту на другу-третю добу проводиться оглядова і бокова рентгенографія органів грудної порожнини для остаточного виключення паренхіматозного легеневого процесу; залежно від отриманих результатів променевого та ендоскопічного обстежень – томографія; за відсутності даних щодо туберкульозу, неопластичного процесу, травматичного плевриту та кардіального гідротораксу досліджується кров шляхом імуноферментного аналізу та полімеразно-ланцюгової реакції для встановлення рідкісних форм запалення плеври та біопсія відповідних ділянок тіла для виключення системних захворювань.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ НАУКОВИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Симультанні втручання з приводу туберкульозу легень, поєданого з хронічним туберкульозним плевритом [Текст] / І. Д. Дужий, Н. І. Глазунова, Р. З. Ель-Асталь, Г. П. Піддубна // Клінічна хірургія. – 2012. – № 11. – С. 69–72. *(Здобувач сформулював висновки, підготував матеріал до друку).*
2. Характеристика поєданого хронічного туберкульозного плевриту із сухотами легень [Текст] / І. Д. Дужий, Н. І. Глазунова, Г. П. Піддубна, Р. З. Ель-Асталь, М. В. Гупало // Gruzlika we wspolczesnym swiecie – wystepowanie, objawy, leczenie. – 2013. – № 1. – С. 75–84. *(Здобувач провів літературний пошук, виконав статистичну обробку, написав окремі фрагменти тексту). Міжнародний журнал.*
3. Синдром плеврального випоту – маніфестація туберкульозного спондиліту [Текст] / І. Д. Дужий, Г. П. Піддубна, Л. А. Бондаренко, І. Я. Гресько, А. В. Юрченко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2015. – № 2. – С. 106–110. *(Здобувач провів набір клінічного матеріалу, сформулював висновки, підготував матеріал до друку). Журнал включений до міжнародних наукометричних систем Science Index, Google Scholar.*
4. Синдром плеврального випоту і псоріаз [Текст] / І. Д. Дужий, Г. П. Піддубна, С. О. Голубничий, І. Я. Гресько // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2015. – Т. 3, № 4. – С. 589–595. *(Здобувач провів обстеження хворих, виконав у статистичну обробку, приймав участь у підготовці матеріалу до друку).*
5. Особливості симультанних втручань з приводу деяких типів хронічного туберкульозного плевриту, поєданого з туберкульозом легень [Текст] / І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, О. В. Кравець, Г. П. Олещенко, Н. І. Глазунова // Клінічна хірургія. – 2016. – № 1. – С. 50–53. *(Здобувач провів літературний пошук, написав окремі фрагменти тексту). Журнал включений до міжнародної наукометричної системи Scopus.*
6. Дужий І. Д. Туберкульозний плеврит як провісник дисемінованого прогресуючого туберкульозу [Текст] / І. Д. Дужий, Г. П. Піддубна // Український пульмонологічний журнал. – 2016. – № 1. – С. 68–70. *(Здобувач особисто курував хвору, приймав участь у статистичній та математичній обробці отриманих даних, приймав участь у підготовці матеріалу до друку). Журнал включений до міжнародної наукометричної системи Index Copernicus.*
7. Синдром плеврального випоту та хвороба Лайма [Текст] / І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко, І. Я. Гресько, А. В. Юрченко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2016. – № 2. – С. 79–84. *(Здобувач провів набір клінічного матеріалу, виконав статистичну обробку, сформулював висновки). Журнал включений до міжнародних наукометричних систем Science Index, Google Scholar.*
8. Особливості перебігу туберкульозного плевриту залежно від терміну виявлення і резистентності мікобактерій [Текст] / І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко, Є. В. Кузенко, Р. А. Москаленко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2016. – № 2. – С. 92–98. *(Здобувач провів обстеження хворих, провів літературний пошук, написав окремі елементи тексту). Журнал включений до міжнародних наукометричних систем Science Index, Google Scholar.*

9. Вплив територіального чинника на своєчасність верифікації синдрому плеврального випоту [Текст] / І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко, І. Я. Гресько, В. О. Олещенко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2016. – № 3. – С. 46–51. (Здобувач провів літературний пошук, виконав статистичну обробку, підготував матеріал до друку). Журнал включений до міжнародних наукометричних систем *Science Index, Google Scholar*.

10. Шляхи подолання хірургічних помилок при больовому абдомінальному та торакальному синдромах [Текст] / І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, В. І. Дужий, Г. П. Олещенко // Клінічна хірургія. – 2017. – № 1. – С. 43–47 (Здобувач провів літературний пошук, виконав статистичну обробку). Журнал включений до міжнародної наукометричної системи *Scopus*.

11. Дужий І. Д. Поєднання мультирезистентного туберкульозу легень та полісерозиту з розшаруванням аорти [Текст] / І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко, В. О. Олещенко // Український пульмонологічний журнал. – 2017. – № 1. – С. 70–72. (Здобувач курував хворих, виконав статистичну обробку, підготував матеріал до друку). Журнал включений до міжнародної наукометричної системи *Index Copernicus*.

12. Деякі питання туберкульозу кісток в умовах епідемії [Текст] / І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко, В. О. Олещенко, В. Ю. Ковчун, Л. А. Бондаренко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2017. – № 1. – С. 48–53. (Здобувач провів літературний пошук, виконав статистичну обробку). Журнал включений до міжнародних наукометричних систем *Science Index, Google Scholar*.

13. Oleshchenko G. P. Features of radiodiagnosis of syndrome of pleural effusion [Text] / G. P. Oleshchenko, V. P. Voshchenko, K. A. Diedkova // Актуальні питання теоретичної та практичної медицини, 21–22 квіт. 2016 р. : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. студ. та молодих вчених. – Суми, 2016. – С. 328.

14. Олещенко Г. П. Аналіз вперше виявлених хворих на позалегеневий туберкульоз у Сумській області за 2012–2014 роки [Текст] / Г. П. Олещенко, В. О. Білогрива, О. П. Юрченко // Актуальні питання теоретичної та практичної медицини, 21–22 квіт. 2016 р. : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. студ. та молодих вчених. – Суми, 2016. – С. 338.

15. Олещенко Г. П. Наслідки лікування хворих з синдромом плеврального випоту [Текст] / Г. П. Олещенко // Актуальні питання теоретичної та клінічної медицини, 20–21 квіт. 2017 р. : матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. студ. та молодих вчених. – Суми, 2017. – С. 335.

АНОТАЦІЯ

Олещенко Г. П. Роль ультрасоноскопії у ранньому виявленні плеврального випоту туберкульозного та іншого генезу. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.26 – фтизіатрія. – Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», Київ, 2018.

Дисертацію присвячено вирішенню актуальної задачі фтизіатрії – вивченню ролі ультрасоноскопії у ранній діагностиці захворювань плеври туберкульозного та іншого генезу і удосконаленню алгоритму діагностики синдрому плеврального випоту, як провідного при захворюваннях плеври туберкульозного і неспецифічного генезу на основі раціонального використання методів ультрасоноскопії і рентгенографії органів грудної порожнини.

Доведено переваги удосконаленого алгоритму у якості діагностики та попередження плекро-легеневих ускладнень у близький та віддалений періоди. Застосування алгоритму дозволяє виявити плевральний випіт у 94,4 % хворих з підозрою на синдром плеврального випоту та прискорити діагностику захворювання на 3–4 тижні, за рахунок чого плевральні нашарування утворюються у 2,8 рази рідше, а інформативність морфологічних досліджень біоптатів плеври покращується на 16,3 %. Це дозволяє зменшити поширеність залишкових змін з боку плевральної порожнини, запобігти розвитку легеневих та позалегеневих ускладнень.

Ключові слова: плевральний випіт, туберкульозний плеврит, променеві методи, ультрасоноскопія, рентгенографія, результати лікування.

ANNOTATION

Oleshchenko H. P. The role of ultrasonoscopy in early detection of pleural fluid of tuberculate and another genesis. – The manuscript.

Thesis research on competition of academic degree of Candidate of Medical Science in specialty 14.01.26 in – phthisiology. – State Institution «National University of Phthisiology and Pulmonology after F. H. Yanovskyi National Academy of Medical Science of Ukraine», Kyiv, 2018.

Thesis research is dedicated of solving of relevant objective of phthisiology – investigation of role of ultrasonoscopy in early detection of pleura dyscrasia of tuberculate and another genesis and improvement of diagnostic procedure of syndrome of pleural fluid as major in diseases of pleura of tuberculate and unspecific genesis on the ground of rational use of methods of ultrasonoscopy and actinography of organs of cavitas thoracis.

It is proved advantages of improved algorithm in the capacity of diagnostics and caution of pleuro-pulmonary complications in close and distant periods. Application of algorithm allows to define pleural fluid in 94,4 % of sick patients suspected of syndrome of pleural fluid and accelerate diagnostics of disease for 3–4 weeks, by means of which pleural thickenings are formed in 2,8 times rarely and informational content of morphological examination of biopsy material of pleura are better to 16,3 %. It allows to decrease prevalence of residual variations on the side of pleural cavity and prevent expansion of pneumonic and extrapulmonary complications.

Key words: pleural fluid, tuberculous pleurisy, radiological method, ultrasonoscopy, actinography, responses to the treatment.

АННОТАЦИЯ

Олещенко Г. П. Роль ультрасоноскопии в раннем выявлении плеврального выпота туберкулезного и другого генеза. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 – фтизиатрия. – Государственное учреждение

«Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского Национальной академии медицинских наук Украины», Киев, 2018.

В диссертационном исследовании приведены теоретическое обобщение и новое решение актуальной задачи фтизиатрии – изучение роли ультрасоноскопии в ранней диагностике заболеваний плевры туберкулезного и другого генеза и усовершенствования алгоритма диагностики синдрома плеврального выпота при заболеваниях плевры туберкулезного и неспецифического генеза на основе рационального использования методов ультрасоноскопии и рентгенографии органов грудной полости, доказано преимущества разработанного алгоритма на качество диагностики и предупреждений плевро-легочных осложнений в ранний и отдаленный периоды после лечения.

Применение рентгенографии органов грудной полости в сочетании с ультрасоноскопией позволяет выявить плевральный выпот в 94,4 % больных с подозрением на синдром плеврального выпота и ускорить диагностику заболевания на 3–4 недели. За счет раннего выявления плеврального выпота методом ультрасоноскопии и рентгенографии органов грудной полости с последующей торакоскопией плевральные наслоения определяются в 2,8 раза реже по сравнению с больными, обследованными только рентгенологически. У больных основной группы наслоения площадью 2–4 % площади тела имеют место у 11,3 % больных против 33,1 % больных группы сравнения ($p < 0,05$); площадью 5–6 % – у 4,2 % и 31,0 % соответственно ($p < 0,05$). Поражение плевры площадью более 6 % у больных основной группы не развиваются, в группе сравнения имеют место в 10,7 %.

Дополнение рентгенографии органов грудной полости, при подозрении на плевральный выпот, ультрасоноскопией способствует более раннему проведению торакоскопии с плевробиопсией после обнаружения выпота в плевральной полости, повышает информативность морфологических исследований биоптатов плевры на 16,3 %.

После завершения интенсивной фазы лечения больные туберкулезом плевры, у которых при первичном установлении плеврального выпота вместе с рентгенографией применяется ультрасоноскопия, имеются менее выраженные изменения в виде пристеночных наслоений (11,8 % против 26,9 % больных, $p < 0,05$), заполненных синусов (18,8 % против 41,9 % больных, $p < 0,05$), деформации диафрагмы (14,1 % против 20,4 % больных) ($p \square 0,05$) и развития хронического плеврита, который имеет место в 7,5 % лиц группы сравнения и не встречается в основной группе.

Применение предложенного алгоритма диагностики заболеваний плевры, с учетом раннего выявления плеврального выпота и проведения своевременной верификации заболевания, позволяет уменьшить в отдаленный период распространенность остаточных изменений со стороны плевральной полости в виде наслоений (6,8 % больных основной группы против 19,8 % – группы сравнения, $p < 0,05$), нарушения скелетотопии диафрагмы (13,5 % против 25,9 % больных соответственно, $p < 0,05$) и ее подвижности (5,4 % против 18,5 % больных, $p < 0,05$); предотвратить развитие рецидива заболевания плевры. У больных туберкулезом плевры, обследованных в соответствии с предложенным алгоритмом, хронический

плеврит розвивається в 7,1 рази рідше (1,4 % хворих проти 9,9 %, $p < 0,05$), а легочне захворювання в 2,7 рази (4,1 % і 11,1 % хворих відповідно, $p \geq 0,05$).

Ключевые слова: синдром плеврального выпота, туберкулезный плеврит, лучевые методы, ультрасоноскопия, рентгенография, результаты лечения.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

- ЕКГ – електрокардіограма
- КЗН – клітини злоякісного новоутворення
- КТ – комп'ютерна томографія
- МБТ – мікобактерії туберкульозу
- ПВ – плевральний випіт
- ТБ – туберкульоз
- УЗД – ультразвукове дослідження
- СПВ – синдром плеврального випоту

Підписано до друку 02.05.2018 р. Формат 60x90/16.
Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.
Тираж 100. Зам. 35.

«Видавництво “Науковий світ”»[®]
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.
м. Київ, вул. Казимира Малевича (Боженка), 23, оф. 414.
200-87-15, 050-525-88-77
E-mail: nsvit23@ukr.net
Сайт: nsvit.cc.ua