

ВИКОРИСТАННЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНИХ МЕТОДИК ПРИ СИНДРОМІ ВНУТРІШНЬОГРУДНОЇ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ НЕЗ'ЯСОВАНОГО ГЕНЕЗУ

М. С. Опанасенко, Б. М. Конік, І. М. Купчак, О. Е. Кшановський,
О. В. Терешкович, Т. М. Стасів, Є. В. Климець

Національний інститут фізичної медицини та пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України, м. Київ

APPLICATION OF VIDEOTHORACOSCOPIC PROCEDURES IN A SYNDROME OF INTRATHORACIC LYMPHADENOPATHY OF UNDETERMINED ORIGIN

M. S. Opanasenko, B. M. Konik, I. M. Kupchak, O. E. Kshanovskyi,
O. V. Tereshkovych, T. M. Stasiv, E. V. Klymets

Збільшення ВГЛВ є одним з симптомів багатьох захворювань, що різняться за причиною, клінічними проявами, методами діагностики, лікування й прогнозом [1]. Сьогодні відомі понад 30 захворювань, для яких характерний СВГЛ. Встановлення етіології СВГЛ є важливою клінічною проблемою, оскільки найбільш поширеними причинами гіперплазії ВГЛВ є епідеміологічно небезпечний туберкульоз (у 7,6% спостережень), злоякісні пухлини (у 18,2%), онкогематологічні захворювання (у 14,1%), саркоїдоз (у 50,0%), що потребують ранньої діагностики.

Останнім часом відзначають збільшення частоти вперше виявленого СВГЛ нез'ясованого генезу, що зумовлене поширенням, доступністю й інформативністю нових рентгенологічних методів візуалізації. Проте, жоден сучасний рентгенологічний метод не дозволяє точно встановити етіологію захворювання [2]. Незважаючи на існування значної кількості інвазивних діагностичних методик, серед дослідників немає єдиної думки щодо послідовності їх застосування, не проведена порівняльна оцінка чутливості (інформативності), специфічності і точності відбору біопсійного матеріалу для діагностики етіології СВГЛ [3 – 6].

У наш час для діагностики СВГЛ широко застосовують методику ВТС біопсії. Такий метод діагностики досить інформативний, адже, можливо не лише отримати необхідну кіль-

Реферат

Збільшення частоти виявлення синдрому внутрішньогрудної лімфаденопатії (СВГЛ) спричинило необхідність пошуку інформативного, безпечного, малотравматичного методу його діагностики. Встановлено, що чутливість, специфічність і точність відеоторакокопічної (ВТС) біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ВГЛВ) становила відповідно 96,0, 98,1 і 97,1%, відеоасистованої торакокопії (ВАТС) — 93,8, 93,6 і 93,5%. Низька частота інтраопераційних і післяопераційних ускладнень (відповідно 4,4 і 7,7%), невелика інтраопераційна крововтрата (29 мл), тривалість оперативного втручання (45 хв), швидка реабілітація пацієнтів після операції (10,6 діб) свідчать про доцільність використання ВТС біопсії і ВАТС як безпечних і малотравматичних методів при СВГЛ.

Ключові слова: синдром внутрішньогрудної лімфаденопатії; відеоторакокопія; відеоасистована торакокопія.

Abstract

Enhancement of rate of the intrathoracic lymphadenopathy syndrome (ILS) revealing have caused a necessity to find out the informative, secure and miniinvasive method of its diagnosis. There was established, that sensitivity, specificity and accuracy of videothoracoscopic (VTS) biopsy of intrathoracic lymph nodes (ILN) have constituted, accordingly, 96.0, 98.1 and 97.1%, and of videoassisted thoracoscopy (VATS) — 93.8, 93.6 and 93.5%. Low frequency of intraoperative and postoperative complications (accordingly 4.4 and 7.7%), small intraoperative blood loss (29 ml), short duration of operative intervention (45 min), rapid rehabilitation of patients postoperatively (10.6 days) witnesses about expediency of application of a VTS biopsy and VATS as a safe and miniinvasive procedures in ILS.

Key words: syndrome of intrathoracic lymphadenopathy; videothoracoscopy; videoassisted thoracoscopy.

кість біопсійного матеріалу, а й візуалізувати патологічний процес, оцінити зміни ВГЛВ та прилеглих тканин [7, 8].

Можливе виконання "чистої" ВТС біопсії ВГЛВ, коли операцію здійснюють лише з використанням торакопортів, і ВАТС, що передбачає виконання мініторакотомії з відеопідтримкою.

Мета роботи: оцінити інформативність, специфічність і точність відеоторакокопічних методик біопсії ВГЛВ при СВГЛ нез'ясованого генезу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами проаналізовані й узагальнені дані про 91 хворого, якого з приводу СВГЛ різної етіології лікували у відділенні торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики в період з 2008 по 2014 р. Критерієм включення пацієнтів у дослідження було проведення ВТС біопсії або ВАТС ВГЛВ з подальшим цитологічним, бактеріологічним і гістологічним дослідженням біоптатів. У 74 (81,3%) хворих здійснено ВТС біопсію ВГЛВ, у 17 (18,7%) — ВАТС.

Пацієнти розподілені на 5 клінічних груп залежно від етіології СВГЛ, встановленої за результатами морфологічного дослідження біоптатів ВГЛВ.

I група — 35 (38,5%) хворих, у яких встановлений заключний клінічний діагноз саркоїдозу ВГЛВ;

II група — 7 (7,7%) хворих, у яких встановлений заключний клінічний діагноз туберкульозу ВГЛВ;

III група — 18 (19,8%) пацієнтів, у яких встановлений заключний клінічний діагноз онкогематологічного захворювання з ураженням ВГЛВ;

IV група — 17 (18,7%) хворих, у яких встановлений заключний клінічний діагноз онкологічного метастатичного ураження ВГЛВ;

V група — 14 (15,4%) хворих, у яких встановлений діагноз неспецифічного ураження ВГЛВ.

Всім пацієнтам проведено обстеження з використанням загальноклінічних, інструментальних, рентгенологічних методів дослідження, а також цитологічне, бактеріологічне і гістологічне дослідження біоптатів ВГЛВ.

СВГЛ майже однаково часто діагностували у жінок і чоловіків. В I, II і V групах переважали пацієнти віком від 31 до 50 років — відповідно 20 (57,1%), 5 (71,4%) і 8 (57,1%). Метастатичне ураження ВГЛВ найчастіше виявляли у пацієнтів віком старше 50 років — в 11 (64,7%), онкогематологічне ураження ВГЛВ — у пацієнтів молодого (до 30 років) віку — у 9 (50,0%).

Розподіл пацієнтів по групах за поширенням патологічного процесу представлений у *табл. 1*.

За даними таблиці можна зробити висновок, що в усіх клінічних гру-

пах переважало білатеральне ураження. Показники відображають загальну тенденцію поширення СВГЛ, а їх високий рівень опосередковано свідчить про запізнілу діагностику, це підтверджує висока частота виявлення легеневого компоненту при СВГЛ — у 39 (42,9%) хворих. За метастатичного ураження ВГЛВ одностороннє ураження виявлене у 7 (41,2%) хворих, що може бути використане як діагностичний критерій на етапі обстеження і вирішення питання щодо необхідності гістологічної верифікації діагнозу. Найбільшу частоту легеневого компоненту відзначали за туберкульозного ураження ВГЛВ — у 5 (71,4%) хворих, оскільки при цьому захворюванні їх ураження вторинне. При саркоїдозі ВГЛВ ураження легень виявлене у 20 (57,1%) хворих, що підтверджує необхідність гістологічної верифікації діагнозу (диференційної діагностики саркоїдозу і туберкульозу).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для аналізу значення ВТС для діагностики етіології СВГЛ вивчали такі показники: чутливість, специфічність і точність методу, частоту інтра— і післяопераційних ускладнень, середню тривалість операції, величину інтраопераційної крововтрати, тривалість післяопераційного періоду.

Інтраопераційні ускладнення виникли у 4 (4,4%) хворих: у 2 з них (I і III груп) відзначали пошкодження кіркового шару легені, у 2 — (I і IV груп) міжребрових судин. Пошкодження легені при ВТС біопсії ВГЛВ або ВАТС було наслідком пневмолізу через виражений спайковий процес

у плевральній порожнині. В обох хворих надриви паренхіми легені були лінійними (довжиною до 1 см), на аеростаз суттєво не впливали і були усунуті з використанням діатермокоагуляції.

Пошкодження міжребрових судин (гілок міжребрової артерії або вени) в однієї хворої виникло під час встановлення торакопорта, ще в одного хворого — під час виконання пневмолізу. В обох хворих об'єм крововтрати не перевищував 20 мл, ускладнення усунути шляхом використання діатермокоагуляції.

Післяопераційні ускладнення виникли у 7 (7,7%) пацієнтів, інфікування з нагноєнням місць встановлення торакопортів діагностоване у 3 з них (I, IV і V груп). Причиною ускладнення є тривала ішемізація країв операційної рани внаслідок тиску на неї стінки торакопорта. Ведення хворих за наявності інфікованої операційної рани без особливостей (дотримували загальних принципів гнійної хірургії).

В одного пацієнта I групи після операції відзначене тривале неповне розправлення легені на боці операції, що потребувало використання (протягом 10 діб) активної аспірації і введення в плевральну порожнину коагулюючих засобів. Через 18 діб пацієнт у задовільному стані виписаний.

Ще в однієї хворої I групи на 2—гу добу після операції виникла підшкірна емфізема внаслідок порушення прохідності дренажів (їх просвіти закупорилися кров'яними згустками). Емфізема зникла через 5 діб.

В одного пацієнта III групи у 1—шу добу після операції виникла

Таблиця 1. Розподіл хворих по групах за поширенням патологічного процесу.

Групи хворих	Кількість хворих	Клініко-рентгенологічні характеристики							
		поширення ураження				легеневий компонент			
		одностороннє		двостороннє		наявний		відсутній	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	35	1	2,9	34	97,1	20	57,1	15	42,9
II	7	1	14,3	6	85,7	5	71,4	2	2,9
III	18	1	5,6	17	94,4	5	27,8	13	72,2
IV	17	7	41,2	10	58,8	4	23,5	13	76,5
V	14	2	14,3	12	85,7	5	35,7	9	64,3
Разом ...	91	12	13,2	79	86,8	39	42,9	52	57,1

внутрішньоплевральна кровотеча (об'єм крововтрати 700 мл за 4 год); консервативна терапія виявилася нефективною, тієї ж доби хворому здійснено торакотомію зліва, досягнутий остаточний гемостаз. Під час операції джерело кровотечі виявлене в місцях проведення біопсії (у подальшому діагностована великоклітинна лімфома). Через 20 діб пацієнт виписаний для продовження лікування в онколога.

У пацієнтки V групи на 7—му добу після операції (дренажі з плевральної порожнини видалені на 4—ту добу) виник спонтанний пневмоторакс на боці операції. Здійснене дренування плевральної порожнини за Бюлау, через 17 діб пацієнтка виписана.

Об'єм інтраопераційної крововтрати у хворих представлений у *табл. 2*.

Об'єм крововтрати під час виконання ВТС біопсії ВГЛВ або ВАТС становив у середньому 29 мл, що свідчило про мініінвазивність використаних методик.

Найдовшою тривалістю ВТС біопсії ВГЛВ або ВАТС була у II і V групах

Таблиця 2. Об'єм інтраопераційної крововтрати

Групи хворих	Об'єм крововтрати, мл
I	37
II	30
III	18
IV	26
V	32
У середньому	29

— відповідно 62 і 56 хв. Це зумовлене більшою вираженістю фіброзних змін при туберкульозі і неспецифічному запальному процесі в місцях локалізації ВГЛВ, що потребувало більше часу для їх біопсії.

Тривалість лікування хворих усіх груп після операції достовірно не різнилася і становила у середньому 10,6 дня, що також опосередковано свідчить про невелику травматичність ВТС і ВАТС методик при СВГЛ.

Чутливість, специфічність і точність ВТС становили відповідно 96,0, 98,1 і 97,1%, ВАТС — 93,8, 93,6 і 93,5%.

ВИСНОВКИ

1. ВТС біопсія ВГЛВ та ВАТС для встановлення етіології СВГЛ є безпечними, малотравматичними та інформативними методами.

2. Частота інтраопераційних і післяопераційних ускладнень при використанні ВТС біопсії та ВАТС відповідно 4,4 і 7,7%, їх легко усунути консервативними методами. Об'єм інтраопераційної крововтрати становив у середньому 29 мл, тривалість оперативного втручання 45 хв.

3. Гістологічна верифікація діагнозу дозволяє своєчасно розпочати етіотропну терапію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зайков С. В. Дифференціальна діагностика синдрому внутрігрудної лимфаденопатії / С. В. Зайков // Клин. иммунология, аллергология, инфектология. — 2009. — № 4 (53). — С. 16 — 24.
2. Соколина И. А. Современная лучевая диагностика саркоидоза органов дыхания / И. А. Соколина // Мед. вестн. — 2009. — № 29 (498). — С. 9 — 10.
3. Assaad M. W. Diagnostic accuracy of image—guided percutaneous fine needle aspiration biopsy of the mediastinum / M. W. Assaad, L. Pantanowitz, C. N. Otis // Diagn. Cytopathol. — 2007. — Vol. 35. — P. 705 — 709.
4. De Groot M. Thoracoscopy in undiagnosed pleural effusions / M. De Groot, G. Walther // S. Afr. Med. J. — 1998. — Vol. 88. — P. 706 — 711.
5. CT—guided transthoracic needle biopsy in the diagnosis of sarcoidosis / J. S. Klein, A. Johnson, E. Watson, S. Mount // J. Thorac. Imag. — 2009. — Vol. 24, N 1. — P. 23 — 30.
6. Mediastinal lymph node dissection / K. Suemasu, T. Yoneyama, T. Naruke [et al.] // Rinsho Kyobu Geka. — 1983. — N 3. — P. 1 — 6.
7. Video—assisted thoracoscopic surgery for the diagnosis of patients with hilar and mediastinal lymphadenopathy / J. S. Chen, Y. L. Chang, H. L. Cheng [et al.] // J. Formos. Med. Assoc. — 2001. — N 3. — P. 213 — 216.
8. Videothoracoscopic approach to primary mediastinal pathology / G. Roviario, F. Varoli, O. Nucca [et al.] // Chest. — 2000. — Vol. 117, N 4. — P. 1179 — 1183.

