

УДК 616.24-072:615.47

*О.С. Рыбковская***ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ТОРАКОСКОПИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЛЁГКИХ**

Научный руководитель: ассистент кафедры Воробей В.А.

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом эндокринологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель

Актуальность. Значительный прогресс в области видеотехнологий и совершенствование эндоскопических хирургических инструментов наряду с разработкой степлер-техники обусловили бурное развитие торакоскопии. Основоположником торакоскопии по праву считается шведский терапевт, профессор Каролинского университета Н. Jacobaeus, который в 1910 г. опубликовал статью «О возможностях использования цистоскопа для обследования серозных полостей». Для торакоскопии автор использовал троакар собственной конструкции и цистоскоп. В дальнейшем он применил этот метод для диагностики заболеваний плевры и опухолей грудной клетки, а затем – для адгезиолиза с целью создания искусственного пневмоторакса у больных туберкулезом легких. Эта первая торакоскопическая операция, получившая широкую популярность как операция Якобеуса, применялась фтизиохирургами всего мира более 40 лет, до тех пор, пока химиотерапия почти не исключила роль коллапсотерапии при туберкулезе легких [1]. Разработка и совершенствование эндоскопических инструментов, в частности создание специальных торакоскопических инструментов, адаптированных к анатомии грудной клетки, а также степлер-техники, позволили поставить торакоскопию на качественно новый уровень с возникновением так называемых малоинвазивных торакоскопических вмешательств. В последние 10-12 лет торакоскопические операции стали выполнять во многих клиниках США, Европы и стран бывшего СССР. Для обозначения таких операций в англоязычной литературе используют термин «video assisted», а новое направление в торакальной хирургии называют, соответственно, «video assisted thoracic surgery» (VATS). В русскоязычной литературе наиболее распространенным является термин «интраторакальная хирургия с видеосопровождением» или «видеоассистированная торакоскопия» [2]. Торакоскопические операции и интраторакальные вмешательства с видеосопровождением за последние 5-6 лет все более приобретают характер рутинных, особенно по таким показаниям, как интерстициальные (диссеминированные) заболевания легких, внутригрудные аденопатии, объемные образования лёгких и плевриты неясного генеза, при которых торакоскопическая биопсия позволяет добиться верификации диагноза в 100% случаев с минимальным числом осложнений.

Хирургический этап является финальным в диагностическом комплексе обследований лиц с патологией легких. В хирургической практике часто приходится решать задачи дифференциальной диагностики туберкулеза и

других заболеваний органов дыхания. Традиционно все пациенты с подозрением на туберкулез до момента направления в противотуберкулезный диспансер (ПТД) проходят диагностический минимум на уровне общелечебных учреждений с анализом жалоб, анамнеза, с проведением клинических и рентгенологических методов обследования. В условиях ПТД пациенты с предварительным диагнозом туберкулеза различных органов, где кроме указанных выше методов, применяются исследование мокроты, плевральной жидкости и промывных вод бронхов на микобактерии туберкулёза (МБТ) методом бактериоскопии и посева, молекулярно-генетическое и цитологическое исследование, туберкулиновые кожные тесты (реакция Манту и Диаскинтест), компьютерная томография органов грудной клетки, УЗИ плевральной полости. Однако указанные методы не позволяют верифицировать диагноз в 100% случаев, особенно при отрицательных результатах анализа мокроты на МБТ. В таких случаях прибегают к хирургической помощи. К хирургическим методам диагностики относятся: открытая биопсия легкого или плевры, резекция сегмента или его части, в том числе с применением VATC, обеспечивающей малоинвазивный характер операции и позволяющей расширить показания к хирургическому лечению, с последующим гистологическим и бактериологическим исследованием резецированного или биопсийного материала [3].

Цель исследования. Выявить процент подтверждения клинического диагноза после VATC и количество осложнений.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики заболеваний органов дыхания при проведении VATC 225 пациентам в условиях торакального отделения Гомельской областной туберкулёзной клинической больницы за 2013 год. Всем пациентам до хирургического вмешательства был проведен полный комплекс обследований для уточнения диагноза, включая спирографию с бронходилятационным тестом, фибробронхоскопию, компьютерную томографию органов дыхания. У всех пациентов была исследована трехкратно мокрота на кислотоустойчивые бактерии (КУБ) бактериоскопически и методом посева на МБТ на плотные и жидкие питательные среды с использованием автоматизированной системы Bactec MGIT 960. Убедительных данных за наличие МБТ, позволивших подтвердить диагноз туберкулеза, получено не было.

Результаты и обсуждение. Среди 225 пациентов мужчины составили большинство – 151 человека (67 %), женщин было 74 человек (33%). Возраст мужчин колебался от 16 до 80 лет и в среднем составил 39,5 лет. Женщины были примерно в том же возрастном диапазоне: от 17 до 73 лет, средний возраст 37,4 года.

Взятые в исследование пациенты после полного комплекса обследований имели следующие диагнозы или заключения (таблица 1):

Таблица 1 – Подтверждение и отсутствие верификации диагноза до и после ВАТС

Диагноз до ВАТС	Количество случаев	Диагноз после ВАТС	Количество подтвержденных диагнозов
Буллёзная эмфизема, осложненная спонтанным пневмотораксом	85	Буллёзная эмфизема	85
Подозрение на саркоидоз	47	Саркоидоз	47
Диссеминация в лёгких неуточненной этиологии	35	Саркоидоз	14
		Диссеминированный туберкулёз лёгких	7
		Интерстициальные заболевания лёгких	4
		Диффузное заболевание лёгких неуточненной этиологии	4
		Пневмония	2
		Силикоз	2
		Альвеолярный протеиноз	1
		Метастазы	1
Объёмное образование легкого	31	Туберкулома	9
		Аденокарцинома	8
		Гамартома	6
		Тимома	5
		Метастазы	1
		Саркоидоз	1
		Фибролипوما	1
Экссудативный плеврит неуточненной этиологии	15	Туберкулёзный плеврит	7
		Пневмония	5
		Метастазы	2
		Гемоторакс	1
Аденопатия внутригрудных лимфатических узлов	10	Саркоидоз	9
		Лимфогранулематоз	1
Объёмное образование средостения	2	Лейомиосаркома	1
		Нейрофиброма	1

В 100% случаев диагноз после ВАТС был подтвержден при буллезной эмфиземе легких, подозрении на саркоидоз, объемном образовании легкого, плевральных выпотах, аденопатии внутригрудных лимфатических узлов, объемном образовании средостения.

Диагноз не был верифицирован при диссеминации в легких неуточненной этиологии в 11,4% случаев (4 случая).

Осложнения после ВАТС были выявлены только в 1 случае (3,9%) – инструментальный гидропневмоторакс у пациента с канцероматозом плевры.

Выводы.

- 1) Использование ВАТС является наиболее информативным методом для диагностики заболеваний легких и плевры различной этиологии.
- 2) ВАТС является наиболее предпочтительным инвазивным методом верификации диагноза у пациентов с буллезной эмфиземой легких, подозрении на саркоидоз, объемном образовании легкого, плевральных выпотах, аденопатии внутригрудных лимфатических узлов, объемном образовании средостения лёгочной патологией ввиду малой травматичности и крайне редким развитием осложнений.

Литературные источники:

1. Калабуха, И. А. Видеоторакоскопия в пульмонологии / И. А. Калабуха // Медицинская газета «Здоровье Украины», – Киев. –2011. –№6. – С. 3-5.
2. Диагностика патологии легких в хирургической практике / Т. Р. Возякова [и др.] // Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции НАН Украины ; науч. Ред. В. В. Лелевич. – Киев, 2013. – С. 110-112.
3. Василевский, А. Г. Хирургические методы в диагностике интерстициальных заболеваний легких и внутригрудных аденопатий / А. Г. Василевский, В. В. Андрощук // Пробл. туберкулеза. – М. – 1999. С. 23-25.