

РЕЗУЛЬТАТИ ПАТОГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОПЕРАЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ З ВИЗНАЧЕННЯМ СТУПЕНЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ ТА КЛІНІЧНА КАРТИНА ХВОРИХ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ПІСЛЯ VATS ОПЕРАЦІЙ***В. І. Лисенко, І. В. Ліскіна, М. С. Опанасенко, Л. М. Загаба*****ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України" (м. Київ, Україна)**

Вступ. Неефективність сучасного терапевтичного лікування хворих на ТБ легень може бути обумовлена низкою різних чинників: призначенням неправильного режиму (схеми) лікування, не визначеною резистентністю МБТ на попередньому етапі діагностики та лікування, не дотриманням чіткої схеми призначеного терапевтичного лікування, тощо [1]. Всі ці фактори суттєво збільшують кількість випадків неефективного лікування даного контингенту хворих. Хірургічні втручання при туберкульозі (ТБ) легень суттєво допомагають вирішити цю проблему.

Згідно до визначення показань до проведення хірургічного втручання у хворих на ТБ легень, операції бажано проводити за відсутності ознак прогресування захворювання, у фазі ремісії або стабілізації туберкульозного процесу, а саме, за відсутності розвитку нових вогнищ дисемінації, появи нових осередків деструкції легеневої тканини [2]. Планові хірургічні втручання, головною метою яких є досягнення абацилювання у пацієнта та видалення основного джерела інфекції, можна вважати найбільш різноманітною та численною групою операцій у разі туберкульозного ураження легень. В Україні, як і в усьому світі, спостерігається тенденція до більш широкого використання мініінвазивних відеоасистованих резекційних втручань. У разі застосування сучасних, менш травматичних, VATS втручань при різних формах ТБ легень загальна ефективність лікування при резекційних втручаннях сягає 96,9 %. [3].

За результатами, представленими у вітчизняних публікаціях останніх років, відомо, що хірургічному лікуванню підлягають хворі з туберкуломами легень різної гістологічної будови, а також з ФКТ легень [4]. Зазначені форми-фази легеневого ТБ потребують ретельного морфологічного дослідження на предмет уточнення або визначення морфологічної активності специфічного запалення на момент хірургічного втручання, і при визначенні високого ступеня активності в резектованій легеневій тканині – подальшого ретроспективного з'ясування низки чинників, які пов'язані з тривалим прогресуванням захворювання [5].

Основна частина. Проаналізовані випадки різних форм туберкульозу легень та відповідна морфологічна активність туберкульозного запального процесу за клініко-анатомічною класифікацією по Авербаху М.М. [6] у 130 хворих після VATS резекційних втручань, згідно яких найчастіше хірургічні втручання проводять з приводу туберкулом легень – 98 (75,4%) випадків, на другому місці фіброзно кавернозний туберкульоз (ФКТ) легень – 19 (14,6%) хворих, на третьому – пацієнти з вираженими посттуберкульоз-

ними змінами, 11 (8,5%). Було 2 випадки з інфільтративним туберкульозом (1,5%), який не підлягає плановому оперативному лікуванню, але наявність рецидивуючого кровохаркання та легеневої кровотечі, були екстремними показаннями до операції.

Стосовно різних форм туберкульозу легень у дослідженому резекційному матеріалі найбільшу частку склали випадки з морфологічно низьким ступенем активності специфічного запального процесу, 60 (46,2%) хворих. За формою туберкульозу легень встановлено наступний розподіл цих випадків: туберкуломи склали 49 (37,7%), серед яких гомогенна солітарна казеома – 4 (3,1%), шарувата солітарна казеома – 36 (27,7%), шарувата конгломеративна казеома – 9 (6,9%) випадків; ФКТ – 1 (0,8%) випадок; виражені посттуберкульозні зміни – 10 (7,7%) випадків.

Морфологічно помірний ступінь активності ТБ запального процесу встановлено в 42 (32,3%) випадках. За формою-фазою туберкульозу легень розподіл такий: туберкуломи, 31 (23,8%) серед яких інфільтративно-пневмонічна туберкулома – 1 (0,8%) випадок, гомогенна солітарна казеома – 6 (4,6%), шарувата солітарна казеома – 8 (6,2%), та шарувата конгломеративна казеома – 16 (12,3%) хворих, ФКТ діагностованих у 10 (7,7%) випадках та виражені посттуберкульозні зміни – в 1 (0,8%) випадку.

Морфологічно високий ступінь активності специфічного запального процесу визначено у 28 (21,5%) хворих. Серед них – інфільтративний ТБ був у 2 (1,5%) пацієнтів, туберкуломи – у 18 (13,8%) пацієнтів (інфільтративно-пневмонічна туберкулома – 2 (1,5%), гомогенна солітарна казеома – 3 (2,3%), шарувата солітарна казеома – 4 (3,1%) випадки, шарувата конгломеративна казеома – 5 (3,8%), заповнена каверна 4 (3,1%)), та ФКТ – 8 (6,2%) випадків.

Додатково проаналізовані різні клініко-анатомічні типи туберкулом легень за ознаками їх морфологічної активності, враховуючи той факт, що вони склали переважну кількість оперативних втручань. Встановлено, що інфільтративно-пневмонічні туберкуломи завжди характеризуються високим або помірним ступенем активності специфічного запалення. Серед гомогенних солітарних казеом суттєвої різниці за кількістю випадків з різним ступенем активності запалення не встановлено. За типом переважали шаруваті солітарні казеоми, вони склали 49% від усіх туберкулом. Встановлено суттєво значущу різницю питомої ваги випадків з низьким ступенем активності порівняно з помірною активністю ($p < 0,001$, $t_{\text{розп.}} = 3,8431$), а тим більш – з випадками з високим ступенем активності. Тобто, діагностовано переважно шаруваті солітарні казеоми з низькою

активністю. Інші співвідношення виявлено щодо випадків шаруватих конгломеративних казеом. Такий тип найчастіше характеризувався помірним ступенем активності запального процесу, 16 (53,3%) з усіх 30 спостережень. Причому питома вага випадків з помірною активністю була достовірно більша ніж випадків з низьким ($p < 0,05$, $t_{\text{розр.}} = 2,2190$), або високим ($p < 0,001$, $t_{\text{розр.}} = 3,9483$) ступенями морфологічної активності туберкульозу. Туберкуломи типу заповненої каверни завжди характеризувалися високим ступенем активності. Таким чином, стає очевидним зв'язок клініко-анатомічних типів туберкулом та переважання морфологічно різного ступеня активності туберкульозного процесу в окремих градаціях.

Проведено зіставлення випадків з різним ступенем морфологічної активності операційного матеріалу при ТБ та відповідно, клінічної симптоматики серед хворих з VATS резекціями, який показує, що морфологічно різні ступені активності специфічного запального процесу та наявність клінічної картини у хворих на час госпіталізації для оперативного втручання не вказують чіткої залежності. Водночас, чітко простежується **значуща різниця** між пацієнтами з наявною клінічною симптоматикою та без клінічних симптомів, із встановленим морфологічно високим ступенем активності специфічного запального процесу, 22 (16,9%) випадки проти 6 (4,5%) ($p < 0,001$, $t_{\text{розр.}} = 5,1854$). Навпаки, за відсутності клінічних проявів у пацієнтів та наявною клінічною симптоматикою у випадках верифікованого морфологічно низького ступеня активності запалення, відповідно 46 (35,4%) випадки проти 14 (10,8%) ($p < 0,001$, $t_{\text{розр.}} = 6,8654$), тобто також встановлено **значущу різницю** з високим рівнем вірогідності.

Загалом найбільше було виявлено випадків з морфологічно низькою активністю специфічного запального процесу, 60 (46,2%). З них у 14 (10,8%) пацієнтів була наявна клінічна симптоматика у вигляді субфебрильної температури та малопродуктивного кашлю при госпіталізації. У 46 (35,4%) хворих при госпіталізації клінічна картина була відсутня. Помірна активність специфічного запалення в операційному матеріалі визначена у 42 (32,4%) хворих, серед яких у 21 (16,2%) пацієнта відмічалась типова клінічна картина ТБ у вигляді лихоманки, підвищеної пітливості,

схуднення, малопродуктивного кашлю. Відсутність клінічної картини на час госпіталізації, в цій групі відмічена у 21 (16,2%) випадку. У 28 (21,5%) випадках в дослідженому операційному матеріалі встановлено морфологічно високу активність специфічного запалення. При госпіталізації у 22 пацієнтів (78,6%) були наявні різні симптоми ТБ у вигляді лихоманки, підвищеної пітливості, схуднення, задишки при фізичному навантаженні, вологого продуктивного кашлю, в деяких випадках спостерігалось кровохаркання. У 8 (36,4%) хворих в мокротинні виявлено паличку Коха (МБТ+). Лише у 6 (21,4%) хворих з морфологічно високим ступенем активності ТБ запалення не відмічено жодного прояву клінічної картини на час операції.

Висновки. Дослідження резектатів легень з різними формами-фазами ТБ продемонструвало наявність випадків з морфологічно різним ступенем активності специфічного запального процесу. Переважали випадки низької активності, 60 спостережень, (46,2%), у 42 випадках (32,3%) встановлено морфологічно помірний ступінь активності та ще в 28 випадках (21,5%) визначено високий ступінь активності запального процесу. Тобто у кожного 5-го пацієнта на час оперативного втручання не вдалось досягти стабілізації або регресу туберкульозного запального процесу специфічною хіміотерапією, а мало місце прогресування ТБ.

Найбільш часто оперативному втручання підлягають туберкуломи легень 98 (75,4%) випадків. Встановлено, що при різних типах туберкулом спостерігаються різні кількісні співвідношення випадків з морфологічно різним ступенем активності. Морфологічно високий ступінь активності характерний при туберкуломах типу заповненої каверни та інфільтративно-пневмонічних. У випадках шаруватих солітарних казеом вірогідно частіше діагностують низький ступінь активності специфічного запального процесу, а у випадках шаруватих конгломеративних казеом вірогідно переважають випадки помірної активності.

Встановлено значущу різницю щодо питомої ваги випадків пацієнтів з ТБ легень та наявністю або відсутністю у них клінічної картини туберкульозу при діагностиці морфологічно високого та низького ступенів активності специфічного запалення.

Література

1. Feshchenko YUI, Mel'nyk VM, Il'nyts'kyi IH. Osnovy klinichnoyi ftyziatriyi: kerivnytsstvo dlya likariv. Tom 2. Kyiv-L'viv: Atlas; 2008. 1173 s. [in Ukrainian].
2. Opanasenko MS, Tereshkovych OV, Shamray MYU, Konik BM, Lysenko VI, Levanda LI, et al. Obgruntuvannya pokazan' ta optimal'nykh strokiv dlya provedennya maloinvazyvnykh khirurhichnykh vtruchan' pry likuvanni khvorykh na tuberkul'oz lehen' i plevry. Tuberkul'oz. Lehenevi khvoroby. VIL – infektsiya. 2020;1:35-42. [in Ukrainian].
3. Opanasenko MS, Tereshkovych OV, Shamray MYU, Konik BM, Lysenko VI, Levanda LI. Videosystovani operativni vtruchannya pry likuvanni khvorykh na tuberkul'oz lehen' i plevry. Tuberkul'oz. Lehenevi khvoroby. VIL – infektsiya. 2020;3:27-33. [in Ukrainian].
4. Vinokurov II. Kliniko-morfologicheskoye obosnovaniye khirurgicheskogo lecheniya tuberkulema legkikh. Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh. 2009;4:28-31. [in Russian].
5. Korzhevskiy DE, Gilyarov AV. Osnovy gistologicheskoy tekhniki. Moskva: SpetsLit; 2010. 364 s. [in Russian].
6. Averbakh MM. Tuberkulomy legkogo. Moskva: Medgiz; 1962. 343 s. [in Russian].