

А. И. Дужий, А. В. Ануфриев, А. В. Иваничкина

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ С ПОМОЩЬЮ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ТОРАКОСКОПИИ

УО «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»

Целью нашего исследования было выявление процента и эффективности верификации диагнозов после видеоассистированной торакоскопии (ВАТС) и процента осложнений после ВАТС у пациентов с синдромом лёгочной диссеминации (СЛД). Все 84 пациента с СЛД прошли лечение в отделении торакальной хирургии Гомельской областной туберкулезной клинической больницы (ГОТКБ) с 2007 по 2009 годы. Эти пациенты прошли всё необходимое обследование на амбулаторном этапе, чтобы выявить диагноз, но этого обследования было недостаточно, чтобы верифицировать диагноз. Дополнительные обследования были проведены в ГОТКБ. После обследования диагноз туберкулеза был установлен у 4 (4,6%) пациентов. Оставшиеся пациенты прошли ВАТС, которая помогла верифицировать диагноз у 78 (97,5%) пациентов. Только у 2 (2,5%) пациентов диагноз не был верифицирован. Наиболее частым диагнозом был саркоидоз 46 (57,5%). Туберкулез был диагностирован у 9 (11,2%) пациентов. Канцероматоз был выявлен у 5 (6,2%) пациентов. Пневмомикоз был у 5 (6,2%), столько же 5 (6,2%) было выявлено пациентов с диагнозом идиопатического фиброзирующего альвеолита. Осложнений после ВАТС не было. Нами предложен быстрый алгоритм верификации диагноза у пациента с СЛД: после выявления пациентов с СЛД мы должны провести микробиологическое исследование мокроты для обнаружения микобактерий туберкулеза (в том числе с использованием «быстрых» методов). При отрицательных результатах микробиологической диагностики мы проводим необходимое предоперационное диагностическое исследование на амбулаторном этапе и направляем пациента на ВАТС без привлечения дополнительных рентгенологических и других высокотехнологичных и дорогостоящих методов обследования.

**Ключевые слова:** диагностика диссеминированных заболеваний, видеоассистированная торакоскопия.

A. I. Duzhy, A. V. Anufriev, A. V. Ivanichkina

## DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF DISSEMINATED LUNG DISEASE WITH VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY

The main aim of the study was to reveal a percent and effectiveness of verifying of diagnose after video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) and percent of complication after VATS among patients with disseminated lung disease. All 84 patients underwent hospital treatment in thoracic surgery department in Homiel Regional Tuberculosis Clinical Hospital from 2007 till 2009 years. These patients underwent all necessary examinations on ambulatory level to determine diagnose but it wasn't enough findings to determine the diagnose. Additional examinations was performed in Homiel Regional Tuberculosis Clinical Hospital. The diagnose of Tbc was verified in 4 (4,6%) patients after examinations. Leftover patients underwent VATS that helped to verify diagnose in 78 (97,5%) patients. Just in 2 (2,5%) patients the diagnose wasn't verify. The most frequent diagnose was sarcoidosis 46 (57,5%). Tuberculosis was diagnosed in 9 (11,2%) patients. Carcinomatosis was in 6 (7,5%) patients. Pneumo-mycosis was in 5 (6,2%) patients. Cryptogenic fibrosing alveolitis was in 5 (6,2%) patients. It wasn't complications after VATS. We proposed quickly algorithm of diagnose verification in patients with disseminated lung disease. Firstly when we reveale patients with disseminated lung disease we must examine patient's sputum on acid resistant MT (including quick methods). In case of MT – we propose to perform all necessary ambulatory preoperative examinations and send patients on VATS without another X-ray and highly technological examination.

**Key words:** VATS, video-assisted thoracoscopic surgery, Homiel Regional Tuberculosis Clinical Hospital, sarcoidosis, tuberculosis, cryptogenic fibrosing alveolitis, disseminated lung disease.

Синдром легочной диссеминации — это клинико-рентгенологический синдром, который характеризуется рядом клинических признаков и наличием на рентгенограмме легких двухсторонних диссеминированных теней. В большинстве случаев при отсутствии специфических жалоб

и клинических признаков объединяет данную группу заболеваний именно наличие рентгенологического синдрома легочной диссеминации, не указывая на существо процесса [1].

Синдром легочной диссеминации вызывает особые трудности при дифференциальной диагностике.

В литературе описано около 200 нозологических форм, которые объединены рентгенологическим синдромом двусторонней диффузной диссеминации в легких и сходными клиническими проявлениями [2].

Характеризуются они распространенными изменениями в обоих легких в виде «узелков», «сетки» или смешанного характера. Среди всех болезней органов дыхания диссеминированные заболевания легких составляют 15–20%.

Клиническими проявлениями могут быть кашель, одышка, боли, слабость, гипертермия, однако 33% заболеваний протекают бессимптомно.

Пациенты обычно попадают в поле зрения врача несколькими путями: острое начало с быстро прогрессирующей одышкой, персистирующим непродуктивным кашлем, кровохарканием, болями в грудной клетке; выявление синдрома диссеминации при очередном рентгенофлюорографическом обследовании; легочные симптомы связаны с другими заболеваниями (например, диффузные болезни соединительной ткани); выявление рестриктивных изменений при спирометрии [3].

Срок от обращения больного за специализированной медицинской помощью до определения диагноза при СЛД варьируется от нескольких месяцев до нескольких лет,

Дифференциальная диагностика этих заболеваний представляет значительные трудности. Диагностические ошибки у этих пациентов составляют 75–80%.

В настоящее время диагностический алгоритм при работе с пациентами этой состоит из 3-х обязательных компонентов: 1) тщательное исследование анамнеза и клинической симптоматики заболевания; 2) проведение компьютерной томографии; 3) исследование биопсийного материала [4].

Окончательный диагноз может быть поставлен после патоморфологического исследования материала полученного путем диагностических оперативных вмешательств [2]. Таким образом, видеоторакоскопическая операция является оптимальной для установления точного диагноза при диссеминированных заболеваниях легких [2].

**Цель:** изучить возможности VATC (видеоассистированной торакоскопии) при дифференциальной диагностике диссеминированных заболеваний легких.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты диагностики заболеваний органов дыхания с рентгенологическим синдромом диссеминация у 84 пациентов, которые прошли лечение в отделении торакальной хирургии Гомельской областной туберкулезной клинической больницы

(ГОТКБ) с 2007 по 2009 годы. Большинство пациентов составили женщины – 50 человек (60%), мужчин было 34 человека (40%). Возраст женщин колебался от 21 до 71 года, средний возраст составил 41,4 года, соответственно у мужчин возраст был от 17 до 71 года и средний возраст составил 44,5 года. До проведения VATC всем пациентам кроме общеклинического обследования проведена спирография, диагностическая бронхоскопия, микробиологическая диагностика мокроты и промывных вод бронхов, цитологическое исследование патологического материала, ультразвуковое исследование плевральной полости, компьютерная томография органов грудной клетки.

### Результаты и обсуждение

После полного комплекса диагностических методов у 4-х пациентов (4,6%) выявлено наличие диссеминированного туберкулеза легких. Остальным 80-ти пациентам для уточнения диагноза была выполнена VATC. Результаты обследования представлены в таблице.

Таблица. Результаты VATC

Саркоидоз легких	46 (57,5%)
Туберкулез	9 (11,2%)
Метастатические поражения легких	6 (7,5%)
Пневмония	5 (6,2%)
Пневмомикоз	5 (6,2%)
Альвеолит	5 (6,2%)
Диссеминация неустановленной этиологии	2 (2,5%)

Таким образом, после проведения VATC диагноз был установлен у 78-ми пациентов (97,5%). Лишь у 2 человек (2,5%) диагноз не был верифицирован по причине отсутствия в патологическом материале характерных изменений для определенной нозологической формы.

Установлено, что чаще всего трудности на дооперационном этапе возникали при диагностике саркоидоза легких (46 пациентов – 57,6%). Во многом это связано с особенностями патогенеза и клинического проявления данного заболевания (формирование гранулем не сопровождается выраженной экссудативной реакцией, соответственно наблюдается малосимптомное течение). У 9-ти пациентов (11,2%), установлено наличие туберкулеза только после патоморфологического исследования лёгочной ткани после VATC, несмотря на полный комплекс предварительных обследований.

Использование традиционных инструментальных и лабораторных методов не позволило диагностировать легочную диссеминацию как результат

метастатического поражения легких у 6-ти пациентов (7,5%), что является запущенной формой онкологического заболевания.

Относительно редко в пульмонологической практике встречаются пневмомикозы (5 человек – 6,2%) и альвеолиты (5 человек – 6,2%). Диагноз идиопатического фиброзирующего альвеолита подтверждается только после патоморфологического исследования легочной ткани.

Ни у одного из прооперированных пациентов не возникло осложнений после VATC.

Таким образом, учитывая вышесказанное, нами представляется возможным предложить быстрый алгоритм верификации диагноза у пациента с СЛД: после выявления пациентов с СЛД мы должны провести микробиологическое исследование мокроты для обнаружения микобактерий туберкулеза (в том числе с использованием «быстрых» методов). При отрицательных результатах микробиологической диагностики мы проводим необходимое предоперационное диагностическое исследование на амбулаторном этапе и направляем пациента на VATC без привлечения дополнительных рентгенологических и других высокотехнологичных и дорогостоящих методов обследования.

### Выводы

1. Эффективность видеоассистированной торакоскопии при дифференциальной диагностике диссеминированных поражений легких составила 97,5%.

2. Видеоассистированная торакоскопия является наиболее высокоинформативным, безопасным и малотравматичным методом для верификации диагноза у пациентов с синдромом легочной диссеминации.

3. При обнаружении рентгенологического синдрома диссеминации в лёгких, после проведения диагностического поиска на амбулаторном этапе, в случае отсутствия микобактерий в мокроте, пациента можно направить на видеоассистированную торакоскопию без привлечения дополнительных рентгенологических и других высокотехнологичных и дорогостоящих методов обследования.

### Литература

1. Шальмин, А. С., Разнатовская Е. Н. Синдром легочной диссеминации/ Український журнал екстремальної медицини імені Г. О. Можаяєва, 2012 – Том 13, № 1. С. 93–96.
2. Шевченко, Ю. Л. Аблицов Ю. А. Ветшев П. С. Кашеваров С. Б. Василяшко В. И. Аблицов А. Ю. Орлов С. С. Травин Н. О. Видеотехнологии в торакальной хирургии/ Альманах клинической медицины – 2007. – № 16, С 214 – 216.
3. Диссеминированные заболевания легких / под ред. М. М. Ильковича. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 480 с.
4. Веллс, А. У., Хирани, Н. Интерстициальные заболевания легких: клинические рекомендации Британского торакального общества совместно с Торакальным обществом Австралии и Новой Зеландии и Ирландским торакальным обществом./ Пульмонология – 2009. – № 4. С. 11–57.
5. Францзайдес, К. Лапроскопическая и торакоскопическая хирургия, ( перевод с английского) / Под ред. Осипова И. С. – СПб., 2000. – С. 312–313.