

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

4. The tumor necrosis factor-inducing of lipopolisaccharide and ironic acid polymers is increased when they covalently linked to particles / Berntzen G., Flo T.H., Medvedev A. et al. // Clin. Diagn. Lab. Immunol. – 1998. – V. 5, N 3. – P. 355-361.

5. Lin Y., Zhang X., Hou F. The effects of removing circulated TNF immunoadsorption on renal changes in rabbits with endotoxin Shock // Chung Hua I Hsueh Tsa Chih. – 1997. – V. 77, N 5. – P. 359-362.

6. Бондаренко В.М., Лиходед В.Г., Яковлев М.Ю. Определение эндотоксина грамотрицательных бактерий в крови человека // Журн. микробиол. – 2002. – № 2. – С. 83-89.

7. Шахмарданов М.З., Бондаренко В.М., Исаева Н.П. Важность ликвидации инфекционного очага и синхронизированной коррекции нарушенной микрофлоры кишечника у больных шигеллезами // Там же. – 1998. – № 6. – С. 71-73.

8. Fink M.P., Mythen M.G. The role of gut-derived endotoxin in the pathogenesis of multiple organ dysfunction // Endotoxin in Health and Disease / H. Brade et al. (ed.). – N.Y.: Basel, 1999. – P. 855-864.

9. Волянська Л.А. Параклінічні критерії оцінки синдрому ендогенної інтоксикації при гострій дизентерії // Інфекційні хвороби. – 1997. – № 1. – С. 44-46.

10. Cohen J. The detection and interpretation of endotoxemia // Intens. Care Med. – 2000. – V. 26, Suppl. 1. – P. 51-56.

11. Чемич М.Д., Бутко В.А. Використання сучасних комп'ютерних технологій при дослідженні клініко-лабораторних та епідеміологічних особливостей гострої дизентерії // Вісник СумДУ. – 2001. – № 12(33). – С. 163-168.

12. Деклараційний пат. Україна, (11) 55290 А, (51) 7 А61В10/00. Спосіб визначення об'єму регідrataції та корекції гіпокаліємії при гострих кишкових інфекційних захворюваннях // Чемич М.Д., Любчак В.О., Сніцарь А.О. Надрук. 17.03.2003; Бюл. № 3. – 10 с.

13. Чемич М.Д., Андрейчин М.А., Любчак В.О. Спосіб визначення об'єму регідrataції та корекції гіпокаліємії при гострих кишкових інфекційних захворюваннях: Інформаційний лист. – МОЗ України, Київ: Укрмедпатентінформ. – 2005. – № 149. – 4 с.

HUMAN ENDOGENOUS INTOXICATION INTEGRATIVE RATES AND HEMATOLOGIC CHANGES AT SHIGELLOSIS

M.D. Chemych, M.A. Andreychyn, V.V. Zakhlebayeva

SUMMARY. The authors examined patients with typical shigellosis of different degree of severity and clinical forms. The chief causative agents were *S. sonnei* and *S. flexneri*. Gastroenterocolitis and enterocolitis were often revealed as clinical forms of disease. The middle patients' age varied from 24 to 38. The authors studied clinical picture, changes of endogenous intoxication integrative rates and hematological rates in different degree of severity of disease. They established the dependence of these changes on the degree of severity of shigellosis. It is recommended to use endogenous intoxication integrative rates as objective criterion of severity.

Key words: shigellosis, clinical picture, integrative rates of endogenous intoxication, hematological changes.

© Валецький Ю.М., Крамаревич В.Р., 2009
УДК 616.24-002.5-085.2/3-036.8:612.68.001.6

Ю.М. Валецький, В.Р. Крамаревич

ГІСТОЛОГІЧНА ВЕРИФІКАЦІЯ ЕКСУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТУ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання (м. Луцьк)

Проаналізовано результати гістологічного дослідження біопсійного матеріалу плеври, отриманого шляхом проведення торакоскопії у 117 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, у яких мав місце ексудативний плеврит. У 82,1 % досліджуваних отримано гістологічні дані, характерні для туберкульозу плеври, у 17,9 % – таких ознак не було, а мали місце ознаки неспецифічного запального процесу.

Ключові слова: туберкульоз легень, ексудативний плеврит, гістологічна верифікація, плевральний випіт.

Останні роки спостерігається збільшення як загальної кількості плевральних випотів, так і збільшення їх частки в структурі фтизіо-пульмонологічної патології [1-4].

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

У більшості плевральний випіт є ускладненням інших патологій, а не безпосередньо проявом хвороби плеври. Загальновідомими, у більшості випадків, є труднощі диференційної діагностики його етіології. Особливо ця проблема стає гострою у пацієнтів старших вікових категорій та за наявності кількох патологічних станів, які потенційно можуть бути причиною плевального випоту. Якщо за допомогою сучасних стандартів ексудат від трансудату відрізнити, зазвичай, не є проблемою, то їх безпосередню причину встановити досить часто буває складно і потребує значних зусиль і наявності певного матеріально-технічного оснащення та належної кваліфікації медичного персоналу. За даними літератури, біля 15-20 % плевральних випотів залишаються невстановленої етіології [5-10]. Ось чому і зусилля багатьох науковців спрямовані на пошук нових, високо-ефективних методів і методик для верифікації етіології плевального випоту.

Торакоскопія та гістологічне дослідження біопсійного матеріалу плеври, безумовно, є одними з найбільш інформативних способів встановлення етіології плевральних випотів, а особливо – поєднання цих двох методів.

Мета дослідження – провести аналіз результатів гістологічного дослідження біопсійного матеріалу плеври у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, в яких був ексудативний плеврит.

Пацієнти і методи

Під спостереженням перебувало 117 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень у поєднанні з ексудативним плевритом, яким було виконано торакоскопію з метою санації плевральної порожнини. Одночасно проведено біопсію з патологічно змінених ділянок плеври.

Результати досліджень та їх обговорення

Хворі були госпіталізовані у хірургічне відділення Волинського обласного протитуберкульозного диспансеру в 2004-2007 рр. Діагноз у всіх спостережуваних осіб був встановлений при зверненні. У всіх пацієнтів діагноз туберкульозу легень був верифікований шляхом виявлення КСП у харкотинні методом прямої бактеріоскопії чи культуральним методом або клініко-рентгенологічно. Вік хворих коливався від 18 до 69 років, у середньому $(32,0 \pm 3,5)$ року. Чоловіків було 82 (70,1 %), жінок – 35 (29,9 %). Міських мешканців було 56 (47,9 %), сільських – 61 (52,1 %). Вогнищевий туберкульоз мав місце у 45 (38,5 %) пацієнтів, інфільтративний – у 37 (31,6 %), дисемінований – у 35 (29,9 %) (табл. 1). Фаза розпаду відмічалась у 31 (26,5 %) хворого. У всіх спостережуваних ексудативний плеврит був однобічним: у 66 (56,4 %) локалізувався у правому гемітораксі, а в 51 (43,6 %) – в лівому. Клінічний перебіг ексудативного плевриту (початок хвороби, аналіз ексудату, його кількість,

Таблиця 1

Частота клінічних форм туберкульозу в досліджуваних хворих

Рік	Клінічні форми туберкульозу						Разом	
	вогнищевий		інфільтративний		дисемінований			
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
2004	7	6,0	8	6,8	15	12,8	30	25,6
2005	8	6,8	9	7,7	9	7,7	26	22,2
2006	16	13,7	16	13,7	7	6,0	39	33,4
2007	14	12,0	4	3,4	4	3,4	22	18,8
Всього	45	38,5	37	31,6	35	29,9	117	100,0

Таблиця 2

Частота гістологічної верифікації туберкульозу

Рік	Гістологічна верифікація «+»		Гістологічна верифікація «-»		Разом	
	абс. число	%	абс. число	%		
2004	26	22,2	4	3,4	30	25,6
2005	23	19,7	3	2,6	26	22,3
2006	35	29,9	4	3,4	39	33,3
2007	12	10,3	10	8,5	22	18,8
Всього	96	82,1	21	17,9	117	100,0

ефект від проведеної специфічної протитуберкульозної терапії) та візуальний вигляд плеври у всіх пацієнтів нагадував картину туберкульозу.

У 96 (82,1 %) досліджуваних отримано гістологічні дані, характерні для туберкульозу плеври (табл. 2), а у 21 (17,9 %) – таких ознак не було, а мали місце ознаки неспецифічного запального процесу зі змішаною лейкоцитарною інфільтрацією (у 19 – 16,2 %) та ознаки запалення з лімфоцитарною інфільтрацією (у 2 – 1,7 %).

Висновки

1. У хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, в яких був ексудативний плеврит, гістологічно верифікувати туберкульоз плеври вдалось у 82,1 % випадків, хоча даних за іншу причину гідротораксу в досліджуваних пацієнтів не виявлено.

2. Припускаємо, що 82,1 % є гранично допустимою можливістю верифікації туберкульозу плеври гістологічним методом, навіть за наявності легеневого туберкульозу.

3. Відсутність гістологічних даних за туберкульоз плеври не може заперечити туберкульозну етіологію плевриту.

4. Висновок про етіологію ексудативного плевриту можна робити тільки на основі комплексного обстеження хворого, включаючи не лише дані гістологічного дослідження плеври, а й клініко-рентгенологічні й лабораторні дані та шляхом проведення диференційної діагностики з плевритами іншого походження.

5. Причини відсутності гістологічних ознак туберкульозу плеври у хворих на туберкульоз легень у поєднанні з ексудативним плевритом потребують подальшого вивчення.

Література

1. Лискина И.В. Малоинвазивные хирургические процедуры в диагностическом алгоритме при синдроме плеврального выпота неясного генеза (клинико-морфологические со-

поставления) // Укр. мед. часопис. – 2005. – Т. 47, № 3. – С. 25-30.

2. Фещенко Ю.И., Лискина И.В., Опанасенко Н.С. Распространенность плевральных выпотов различной этиологии среди населения Украины // Журнал АМН України. – 2004. – Том 10, № 3. – С. 486-497.

3. Marel M. Epidemiology of pleural effusion // Eur. Respir. Mon. – 2002. – V. 22. – P. 146-156.

4. Новые возможности в диагностике экссудативных плевритов неясной этиологии / Лискина И.В., Суслов Е.И., Опанасенко Н.С., Куц В.В. // Укр. пульмонолог. журнал. – 2007. – №1. – С. 47-50.

5. Дужий И.Д. Заболевания плевры, диагностические, хирургические и терапевтические аспекты. – К.: Здоровье, 1997. – 432 с.

6. Дужий И.Д. Клінічна плеврологія. – К.: Здоров'я, 2001. – 384 с.

7. Дужий І.Д., Крамаревич В.Р. Торакоскопічна санація плевральної порожнини як важливий фактор оптимізації процесу лікування туберкульозних плевритів // Вісник Сумського державного університету. – Суми, 2004. – С. 100-102.

8. Гетьман В.Г. Клінічна торакоскопія. – К.: Здоров'я, 1995. – 286 с.

9. Парфры Х., Чайлверс Э.Р. Заболевания плевры: диагностика и лечение // Лечащий врач. – 2003. – № 1. – С. 28-34.

10. Валецький Ю.М. Частота та аналіз супутньої хронічної патології хворих на туберкульоз легень // Укр. пульмонолог. журнал. – 2003. – № 2. – С. 132.

HISTOLOGICAL VERIFICATION OF EXCUDATE PLEURITIS IN PATIENTS WITH LUNG TUBERCULOSIS

Yu.M. Valetsky, V.R. Kramarevych

SUMMARY. The results of histological research of biopsy material of pleura, obtained at thoracoscopy in 117 patients with the first diagnosed lung tuberculosis were analyzed. In 82,1 % examined patients histological information was specific for tuberculosis of pleura. In 17,9 % – such signs were absent, but the signs of non-specific inflammatory process took place.

Key words: lung tuberculosis, excudate pleuritis, histological verification, pleural exudate.