

С.М. Прутуляк
А.А. Ткач

Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний
онкологічний диспансер,
Вінниця, Україна

Ключові слова: плевральний
випіт, діагностика,
фільтраційний спосіб,
морфологічне дослідження.

НОВИЙ ФІЛЬТРАЦІЙНИЙ СПОСІБ У ДІАГНОСТИЧНОМУ АЛГОРИТМІ ПРИ СИНДРОМІ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ

Резюме. Представлені дані щодо диференційної діагностики 135 хворих із синдромом плеврального випоту. Визначена діагностична результативність запропонованого авторами нового фільтраційного способу отримання біопсійного матеріалу для морфологічного дослідження з метою визначення етіології плеврального випоту.

ВСТУП

Клінічний симптомокомплекс, який характеризується накопиченням рідини в плевральній порожнині, називають синдромом плеврального випоту (СПВ) [11]. Переважна більшість випадків СПВ є ускладненням різних захворювань і може супроводжувати більше ніж 80 нозологічних форм [6, 13]. Для своєчасного та ефективного лікування СПВ необхідна точна діагностика його етіології [8]. Проведення диференційної діагностики плевритів є складним клінічним завданням [4]. Труднощі, які виникають під час диференційної діагностики плевральних випотів (ПВ), загальновідомі, а у 15–20% випадків причина залишається невідомою [9, 15]. Для полегшення практичної роботи розроблено багато діагностичних алгоритмів, і всі вони в чомусь подібні [3]. Мета дослідження — оцінити діагностичну результативність нового фільтраційного способу (ФС) для диференційної діагностики при СПВ.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовано та узагальнено дані про стан діагностики у 135 хворих із СПВ, які знаходились на лікуванні в онкоторакальній клініці Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру (ВОКОД) протягом 2006–2007 рр. З них чоловіків було 92, жінок — 43. Вік пацієнтів коливався від 26 до 79 років, середній показник — 57,5 року. Основою для вивчення матеріалу слугували медичні карти стаціонарних хворих (Ф-003).

В практичній діяльності онкоторакального відділення ми використовуємо алгоритм, запропонований клінікою торакальної хірургії Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України [7], з нашою оригінальною модифікацією отримання матеріалу для цитологічного дослідження — збагачення цитологічного матеріалу для підвищення точності диференційної діагностики СПВ. В систему для евакуації плеврального ексудату включали фільтр від стандартного пристрою для переливання крові, кровозамінників та інфузійних розчинів ПК 21-02, що забезпечує

накопичення клітинного матеріалу на фільтруючому елементі. Мазок-відбиток із фільтруючої сітки на предметне скло направляли на термінове цитологічне дослідження.

Всіх пацієнтів обстежували відповідно до стандартного алгоритму: збір анамнезу, скарги пацієнта, первинний фізикальний огляд, рентгенологічне, ультразвукове дослідження та спіральна КТ. Для уточнюючої діагностики СПВ використовували наступні малоінвазивні діагностичні процедури: плевральну пункцію (ПП) та торакоскопію (ТС). Рідину, отриману під час торакоцентезу, направляли для біохімічних та мікробіологічних досліджень, а мазки-відбитки, отримані за допомогою ФС, — до цитологічної лабораторії. Необхідно відзначити, що переважній більшості хворих (88,9%) діагностичний торакоцентез проводили один раз. Інші пацієнти (11,1%) потребували повторної діагностичної ПП. У разі, коли причина накопичення рідини в плевральній порожнині залишалась неясною і після повторних ПП, хворим виконували ТС з біопсією плеври. ТС є методом вибору в диференційній діагностиці ПВ, що дозволяє достовірно визначити його етіологію на основі візуальної оцінки паталогічних змін плеври і морфологічного дослідження її біоптатів [12]. Торакоскопічна картина при неспецифічних плевритах може бути схожою на таку саму при випотах туберкульозного та злоякісного походження [4, 9, 14, 15]. Крім того, опис стану плевральної порожнини досить суб'єктивний і багато в чому залежить від досвіду та майстерності торакального хірурга [2]. Діагностичну ТС виконували за методикою [1]. Ревізію плевральної порожнини проводили після аспірації ексудату з наступною щипцевою біопсією 3–6 змінених ділянок плеври. Видалений ексудат направляли на цитологічне та мікробіологічне дослідження, а біопсійний матеріал вивчали цитологічно та гістологічно.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клініко-рентгенологічне дослідження дозволило встановити наявність випоту в плевральній порожнині, його локалізацію і поширеність, оцінити змі-

ни з боку легені, бронхіального дерева та внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ЛВ). Але на основі вищеназваних досліджень визначити причину ПВ неможливо [7].

Однібічний плеврит відмічали у 124 (91,8%) хворих, двобічний лише у 11 (8,2%). Превальювали плеврити злоякісного походження — у 82 (60,7%) осіб; неспецифічні плеврити виявили у 39 (28,9%) пацієнтів. Ще у 14 (10,4%) хворих діагностовано СПВ туберкульозного походження (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих із СПВ за нозологічними формами

Захворювання	Число хворих	
	п	%
Рак легені	46	34,1
Рак грудної залози	10	7,4
Мезотеліома плеври	7	5,2
Рак яєчника	7	5,2
Лімфома	3	2,2
Інші злоякісні пухлини	9	6,7
Туберкульоз	14	10,4
Неспецифічний плеврит	39	28,9

При лабораторному дослідженні рідини, виділеної під час плевроцентезу, встановлено, що у 78 (95,1%) хворих зі злоякісною етіологією плевриту, у 12 (85,7%) — з туберкульозним плевритом та у 33 (84,6%) — з неспецифічним плевритом вона мала характер ексудату. Транссудат був діагностований у 6 (15,4%) пацієнтів із неспецифічними захворюваннями, у 2 (14,3%) — з туберкульозним процесом та у 4 (4,9%) хворих зі злоякісними пухлинами. Це підтверджує сучасну думку про відсутність достовірного значення цієї ознаки для диференційної діагностики СПВ [5, 10].

У 67 хворих (49,6%) був серозний характер ПВ. З них 36 (53,7%) пацієнтів мали плеврит злоякісного походження, у 12 (17,9%) ПВ був спричинений туберкульозом та у 19 (28,4%) — запальними захворюваннями. Серозно-геморагічний варіант ПВ відмічали дещо рідше — у 53 (39,3%) хворих; такий вигляд випіт мав переважно при злоякісних процесах — у 44 (83,0%) пацієнтів. Серозно-фібринозний випіт виявили у 15 (11,1%) пацієнтів; переважали особи (13–86,7%) з неспецифічною етіологією ПВ. Ще у 3 хворих з канцероматозним плевритом був діагностований геморагічний випіт.

Спираючись на результати лабораторних досліджень, можна орієнтовно висловитись про етіологію ПВ [5]. Але відсоток встановлених діагнозів лише на основі результатів лабораторних досліджень залишається низьким [3].

ПП з використанням ФС була виконана як стандартний метод всім 135 хворим, які входили до досліджуваного контингенту (табл. 2). Торакоскопічне дослідження проведено 23 пацієнтам.

Таблиця 2

Показники діагностичної результативності ФС з цитологічним дослідженням

Етіологія ПВ	Діагностична результативність, %
Пухлинний плеврит	85,4
Туберкульозний плеврит	64,3
Неспецифічний плеврит	84,6

Пухлинний плеврит: аналізуючи результати морфологічної верифікації пухлинної етіології ПВ при цитологічному дослідженні мазків-відбитків, отриманих за допомогою запропонованого нами ФС, ми зазначаємо, що у 70 (85,4%) з 82 пацієнтів було верифіковане злоякісне походження випоту. Ще 12 хворим була виконана ТС з біопсією підозрілих ділянок плеври. З них у 11 пацієнтів, за результатами цитологічного та гістологічного дослідження в біоптатах плеври, були виявлені злоякісні клітини. Слід зазначити, що у 4 пацієнтів пухлинне ураження плеври було виключено і випіт був розцінений як парапухлинний. Із 39 хворих із *неспецифічним плевритом* правильний діагноз, за результатами цитологічного дослідження фільтрату, був встановлений у 33 (84,6%) пацієнтів. 6 хворим з цієї групи етіологія ПВ була встановлена за результатами ТС і морфологічного дослідження біоптату. **Туберкульозний плеврит:** при цитологічному дослідженні матеріалу, отриманого за допомогою ФС, мікобактерії туберкульозу були виявлені у 4 (28,6%) хворих із 14 з діагнозом специфічного плевриту. 5 (35,7%) пацієнтам з цієї групи була виконана ТС, і туберкульозна етіологія випоту була підтверджена на основі морфологічного дослідження біоптатів плеври. Іншим 5 (35,7%) хворим діагноз туберкульозного плевриту був встановлений на основі динаміки кількості лейкоцитів в цитологічних препаратах та клініко-рентгенологічних даних.

ВИСНОВКИ

1. Запропонований новий ФС отримання клітинного матеріалу для цитологічної діагностики при СПВ у більшості випадків дозволяє досягти верифікації етіології ПВ з першого сеансу торакосцентезу.

2. Рівень діагностичної результативності нового ФС з цитологічним дослідженням при СПВ пухлинної етіології становить 85,4%.

3. Даний спосіб є простим та доступним у використанні і може бути застосований для термінової діагностики плевритів, у тому числі і за межами спеціалізованих закладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авілова ОМ, Гетьман ВГ, Макаров АВ. Торакоскопия в неотложной грудной хирургии. Київ: Здоров'я, 1986. 121 с.
2. Алиев МА, Йоффе ЛЦ, Дашиев ВА и др. Диагностическая и оперативная торакоскопия. Алма-Ата: Наука, 1988. 144 с.
3. Бондаренко ЮМ, Гльницький РІ. Плевральні випоти і плеврити. Київ: Книга плюс, 2003: 191–219.
4. Волошин ЯМ, Опанасенко МС. Особливості клініки, діагностики та лікування ексудативних плевритів. Укр ж малоінваз та ендоскоп хірургії 1997; 3: 12–5.
5. Дужий ИД. Заболевания плевры: диагностические, хирургические и терапевтические аспекты. Київ: Здоров'я, 1997. 432 с.
6. Лайт РУ. Болезни плевры. Москва: Медицина, 1986. 376 с.
7. Лыскина ИВ. Малоинвазивные хирургические процедуры в диагностическом алгоритме при синдроме плеврального выпота неясного генеза (клинико-морфологическое сопоставление). Укр мед часопис 2005; 3 (47): 25–30.
8. Лыскина ИВ, Сулов ЕИ, Опанасенко НС и др. Новые возможности в диагностике экссудативных плевритов неясной этиологии. Укр пульм ж 2007; 1: 47–50.
9. Паламарчук ИД, Чешенко ДВ, Нерянов ВМ. Комплексная дифференциальная диагностика плеврального выпота. Запорожский мед ж 2002; 5: 36–8.
10. Парфры Х, Чайлверс ЭР. Заболевания плевры: диагностика и лечение. Лечащий врач 2003; 1: 28–34.
11. Ильницький РИ, Сахарчук ИИ, Дудка ИФ. Синдром плеврального выпота: дифференциальная диагностика и лечебная тактика. Укр пульм ж 2004; 3: 64–8.
12. Colt HG. Thoracoscopy: window to the pleural space. Chest 1999; 116 (5): 1409–15.
13. Marel M. Epidemiology of pleural effusion. Eur Respir Mon 2002; 22: 146–56.
14. Sahn SA. Malignant pleural effusion. Clin Chest Med 1985; 6: 113–25.
15. Hausher FH, Yarbo JW. Diagnosis and treatment of malignant pleural effusion. Cancer Met Rev 1987; 6 (1): 23–4.

NEW FILTER METHOD IN ALGORITHM DIAGNOSIS OF SYNDROME OF PLEURAL EFFUSION

S.M. Prytuliak, A.A. Tkach

Summary. Data about 135 patients with syndrome of pleural effusion, are presented. The effectiveness of the new filter method for morphological investigation, innovated by authors, are determined. We drew a conclusion about the high level of this method for pleural effusion etiology determination.

Key Words: pleural effusion, diagnostics, filter method, morphological investigation.

Адреса для листування:

Ткач А.А.

21021, Вінниця, пров. Червоний, 3

E-mail: andronus_vin@mail.ru