

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ПЛЕВРИТАХ

Александр Александрович Варин, Аркадий Львович Ханин

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава»,

кафедра фтизиопульмонологии

ГУЗ «Новокузнецкая клиническая туберкулезная больница»

Реферат. На примере 225 больных, обследованных в специализированном плевральном центре при Новокузнецкой клинической туберкулезной больнице с 2001 по 2006 г., изучены особенности клинической картины, выявлены и диагностированы злокачественные плевриты (ЗП). Основными методами верификации ЗП являются торакоцентез с цитологическим исследованием экссудата, фибробронхоскопия, игловая биопсия плевры (ПБ). Чувствительность цитологического исследования экссудата составила 51,9% при специфичности 98%. Чувствительность ПБ — 60,8% при специфичности 100%. Наиболее значимыми для эффективной диагностики плевритов, в том числе злокачественных, оказались структурные перемены — создание специализированного центра с концентрацией здесь больных с плевральной патологией; оптимальная организация врачебной деятельности.

Ключевые слова: злокачественный плеврит, торакоцентез, игловая биопсия плевры, алгоритм, специализированный центр.

CLINICAL FEATURES, DIAGNOSTICS AND MEDICAL CARE ARRANGEMENT AT MALIGNANT PLEURITIS

A.A. Varin, A.L. Khanin

Novokuznetsk Postgraduate Medical Institute, Department of Phthisio-Pulmonology

Municipal Clinical Tuberculous Hospital, Novokuznetsk

Abstract. Specification of clinical features, identification and diagnosis of malignant pleurisies (MP) were studied in 225 patients, examined at the specialized pleural center, based on the ground of Novokuznetsk Clinical Tuberculous Hospital between 2001 and 2006 years. The basic methods for MP verification are thoracocentesis with cytologic research of pleural effusion, fiberoptic bronchoscopy and pleural needle biopsy (PNB). Sensitivity of cytologic examination of the pleural effusion accounted for 51,9%, at 98% specificity. Sensitivity of PNB accounted for 60,8%, at 100% specificity. The most effective significant measures for making a correct diagnosis of pleurisies, including malignant, were related to structural changes, that is the creation of a specialized center with the accumulation of patients with, pleural pathology, and efficient organization of doctors' activities.

Key words: malignant pleurisy, thoracocentesis, pleural needle biopsy, algorithm, specialized center.

Введение. Поражение плевры при злокачественных процессах является неблагоприятным фактором, резко сужающим возможности комплексной терапии опухоли. Диагностика таких плевритов трудна, поскольку первичный рак может локализоваться не только в легких, но и других органах, а рентгенологическая семиотика плеврального выпота не имеет специфических отличий. Кроме того, с появлением плеврального выпота качественно меняется клиническое течение болезни. На первый план выходят симптомы: одышка, боль в грудной клетке, проявления интоксикации, характерные для широкого круга заболеваний. К таким заболеваниям относятся туберкулез, пневмонии, различная кардиальная и абдоминальная патология, диффузные заболевания соединительной ткани, ТЭЛА и др. Злокачественный генез плеврита рассматривается в этом ряду как один из возможных вариантов. Задачей врача в данной ситуации является постановка нозологического диагноза. К сожалению, при этом нередко допускаются ошибки. Неудачи диагностики, как правило, обусловлены узкой специализацией врачей, недостатком знаний в смежных областях медицины, недоступностью специальных мето-

дик, отсутствием интеграции врачебных действий [1, 6]. Поэтому актуальным представляется поиск оптимальных средств и организационных форм этиологической диагностики и оказания помощи пациентам с поражениями плевры. В данной работе представлены опыт ведения больных со злокачественными плевритами (ЗП), особенности клинической картины, методы верификации диагноза и организационные подходы ведения больных с плевральной патологией.

Материал и методы. С 2001 по 2006 г. на базе специализированного плеврального отделения Новокузнецкой клинической туберкулезной больницы (Центр) обследовано 968 пациентов. В Центр направляются больные с поражениями плевры неясного генеза из ЛПУ общей лечебной сети (ОЛС) и туберкулезных диспансеров юга Кузбасса. Доля туберкулезных плевритов составила 41,5%, злокачественных — 23,3%, пневмонических — 15,3%, редких — 10,4%, кардиогенных — 5,8%, идиопатических — 3,7%.

Из 225 больных ЗП, обследованных в Центре, 124 (55,1%) были мужчины, 101 (44,9%) женщина. Пациенты были в возрасте от 17 до 83 лет. Средний возраст

больных составил (59,5±0,9) года (медиана 62,0), а доля пациентов от 50 и старше — 80,9%.

Верификация диагноза проводилась традиционными методами (клинико-анамнестические данные, торакоцентез с цитологическим исследованием экссудата, рентгенологическая оценка легочного процесса, фиброbronхоскопия, ультразвуковое исследование органов), при неудаче проводились биопсийные вмешательства (игловая биопсия плевры, торакоскопия).

Особенностью работы Центра является использование при неясных плевритах лечебно-диагностического алгоритма [1, 2]. Методология, разработанная сотрудниками кафедры фтизиопульмонологии Новокузнецкого ГИУВа, построена на приоритетной направленности мероприятий. Приоритетным является выбор и выполнение наиболее информативных методик поиска достоверных симптомов заболевания в различных клинических ситуациях.

Результаты и их обсуждение. К моменту госпитализации симптомы плеврита беспокоили больных ЗП более двух месяцев — (68,8±4,1) дня (медиана 50,0). Все пациенты, а многие неоднократно, обращались за медицинской помощью. В 93% случаев пациенты были направлены врачами ОЛС, в 7% — районными фтизиатрами. Следует обратить внимание на следующие факты. У 159 больных, прошедших поликлиническое обследование в ОЛС, плевральный выпот выявляли в среднем на (11,1±1,0) дня (медиана 6,0) после обращения. В 56 (35,2%) случаях трактовка клинических симптомов была ошибочной, а длительность лечения, нередко включающего тепловые и электропроцедуры, была от 11 до 62 дней (22,1±1,6, медиана 18,0). У 140 пациентов сроки предшествующего стационарного лечения составляли (22,3±1,7) дня (медиана 16,0). В 46 (32,9%) случаях пребывание больных ограничилось выявлением плевральных изменений и заняло не более 10 дней. Попытки проведения антибактериальной терапии 94 (67,1%) больным удлинляли этот этап. Как следствие, в этой группе средняя продолжительность лечения увеличивалась до (30,1±2,1) дня (медиана 25,0).

Клиническая картина. Прогрессирование опухолевого процесса относительно редко сопровождалось выраженной клинической симптоматикой. Постепенное начало болезни отмечено у 177 (78,7%) пациентов, острое — у 48 (21,3%). Основными проявлениями болезни в начальной фазе заболевания у 97 (43,1%) больных была боль в грудной клетке, у 64 (28,4%) — одышка, у 46 (20,4%) — симптомы интоксикации, у 16 (7,1%) — кашель, у 1 (0,5%) — кровохарканье, в 1 (0,5%) случае — боль в животе. Следует отметить, что при остром или постепенном начале заболевания симптоматика существенно различалась.

Торакалгия — один из основных симптомов дебюта. При остром варианте начала боль в грудной клетке определяла клиническую картину, появляясь внезапно и причиняя больным сильные страдания. В свою очередь, появление дискомфорта и умеренных болей в грудной клетке были характерны для больных с постепенным началом болезни. Статистических различий по частоте данного симптома в зависимости от варианта развития болезни обнаружено не было: 45,8±7,2% — при остром, 42,4±3,7% — при постепенном.

Одышка как ведущий симптом наблюдалась примерно у каждого третьего пациента [(36,2±3,6)%] при постепенном развитии болезни. Напротив, выраженных

проявлений дыхательного дискомфорта не было у пациентов, заболевших остро [(0±2,0)%].

Интоксикация — наиболее характерный синдром при остром варианте начала, где он был основным у (50,0±7,2)% больных. При постепенном развитии болезни воспалительная симптоматика выходила на первый план значительно реже ($p<0,001$) — только в (12,4±2,5)% случаев. Соответственно проявления болезни отличались по своей выраженности. Яркие симптомы: фебрильная лихорадка, головная боль, ознобы, миалгии — у больных с острым дебютом. Стертые, с субфебрильными цифрами температуры, недомоганием, слабостью, потерей аппетита и веса — при постепенном прогрессировании болезни. В целом яркие проявления синдрома воспалительной интоксикации были нехарактерны для ЗП и наблюдались лишь у 20% (45) больных. В 56% (126) случаев проявлений интоксикации не было, еще в 24% (54) эти симптомы были выражены незначительно.

Данные объективных методов исследования. Рентгенологическое обследование больных является традиционным. Исследование считается полноценным, если есть возможность оценить не только локализацию, массивность и тенденцию к осумкованию выпота, но и характер изменений в легких и средостении. Даже при наличии КТ это становится возможным только после полного удаления плеврального выпота. Злокачественные плевриты были правосторонними в 45,3% (102) случаях, левосторонними — в 42,2% (95), двухсторонними — в 12,5% (28). У 208 (92,5%) пациентов обнаружена жидкость: в 173 (76,9%) случаях — выпот был свободным, в 35 (15,6%) — осумкованным. У 17 (7,5%) пациентов плевральная тень была обусловлена ростом опухоли в сочетании с фибринозными наложениями. Доля массивных выпотов более 1 л (рентгенологически соответствует величине плевральной тени выше уровня переднего отрезка 5 ребра [3]) составила 57,8% (100). Патология в легких и (или) в средостении обнаружена у 131 (58,2%) больного, у 94 (41,8%) — паренхима легких оказалась интактной. В первой группе изменения в легких выявлены у 78 (59,5%) пациентов, в легком и средостении — у 34 (26%), изолированное поражение средостения — у 19 (14,5%). Классификация симптомов легочного поражения в соответствии с принятыми в рентгенологии классами [3] оказалась следующей: у 48 (42,9%) из 112 пациентов данные трактовались как круглая тень, у 38 (33,9%) — ателектаз, у 15 (13,4%) — диссеминация, у 10 (8,9%) — инфильтрат, у 1 (0,9%) — полость. Изменения в легком на стороне выпота выявлены у 111 (99,1%) больных, у 1 (0,9%) — только на противоположной стороне. Двухстороннее поражение легких определялось у 25 (22,3%) пациентов, из которых лишь у 5 выпот был двухсторонним. Локализация патологического процесса в нижней доле отмечена в 42 (37,5%) случаях, верхней — в 23 (20,6%) и средней — в 10 (8,9%). Прогрессирующий рост опухоли и ее метастазы были причиной тотального поражения легкого у 37 (33,0%) пациентов. При отсутствии легочной патологии у 13 больных отмечено двухстороннее усиление легочного рисунка. Эти изменения, обусловленные сопутствующей сердечной патологией, создавали определенные диагностические трудности. Важной рентгенологической находкой было обнаружение деструкции ребер у 4 пациентов, причем у 2 — в сочетании с патологическими переломами ребер.

Таким образом, рентгенологическое исследование позволило документировать изменения, характерные для

рака легкого (РЛ) или метастатического поражения легких. Наиболее характерным рентгенологическим симптомом периферического рака была круглая тень, центрально-го — ателектаз. Примерно у каждого третьего больного в процесс вовлекалось практически все легкое, определяя тяжесть клинических проявлений. Злокачественный выпот, как правило, был свободным, без тенденций к осумкованию, а массивная плевральная тень нередко препятствовала выявлению легочной патологии.

Неотъемлемой частью лечебно-диагностического процесса при наличии плеврального выпота является торакоцентез с исследованием плевральной жидкости. Представляется, что безуспешность диагностики ЗП в стационарах ОЛС напрямую связана с невыполнением плевральных пункций и отсутствием цитологической диагностики экссудата примерно у 60% больных данной группы. Торакоцентез выполнен 208 больным: прозрачная серозная жидкость получена у 127 (61,1%), геморрагическая — у 81 (38,9%). Общий анализ плевральной жидкости выполнен в 171 случае. У 105 (61,4%) пациентов выпот был лимфоцитарным, у 36 (21%) — нейтрофильным, у 28 (16,4%) — эозинофильным, у 2 (1,2%) — клеточные элементы разрушены. Количество лейкоцитов менее $1,0 \times 10^9/\text{л}$ отмечено в 79 (46,2%) пробах; от $1,0$ до $4,9 \times 10^9/\text{л}$ — в 80 (46,8%), выше $5,0 \times 10^9/\text{л}$ — в 12 (7,0%). Содержание белка определено в 94 пробах, в 15 (16%) из которых уровень протеина был ниже 30 г/л. В этих случаях выпот имел характеристики транссудата. Возможно, образование выпота здесь обусловлено раковой кахексией с развитием гипопроотеинемии и коллоидно-осмотических нарушений [5].

Все 208 образцов полученной при пункции жидкости направлялись в цитологическую лабораторию. Опухолевые клетки (ОК) в экссудате обнаружены у 108 (51,9%) больных. 86,1% (93) положительных находок пришлось на серию из трех первых анализов, 2 последующих пункции поднимали результат до 95,3% (103). Успех дальнейших попыток выглядит малоперспективным. Результативность метода была приблизительно одинаковой ($p > 0,05$) при серозных [(51,2 $\pm$ 4,4)%, $n=127$] и геморрагических [(53,1 $\pm$ 5,5)%, $n=81$] выпотах и не зависела от лейкоцитарного характера экссудата. Наиболее частым вариантом рака, по данным цитологического исследования, была аденокарцинома — 69,5% (75 случаев). Значительно реже ОК принадлежали недифференцированному раку — 12% (13 случаев), мелкоклеточному — 5,6% (6 случаев), плоскоклеточному — 5,6% (6 случаев), низкодифференцированному — 4,6% (5 случаев). По 1 случаю саркомы (0,9%), перстневидного (0,9%) и светлоклеточного (0,9%) рака. Необходимо учитывать, что в зависимости от конкретной ситуации в диагностике ЗП использовались различные методы. В 101 (93,5%) случае из 108 цитологическое исследование экссудата оказалось решающим и нередко единственным методом, позволившим доказать злокачественный генез плеврита. Несложность и быстрота получения материала, возможность проведения повторного исследования предопределили успех методики. Затраты времени на постановку диагноза в этих случаях в среднем составляли (6,3 $\pm$ 0,7) дня (медиана 4,0). Только в двух случаях результат (обнаружение ОК в экссудате) был ложноположительным. Таким образом, чувствительность метода составила 51,9% при специфичности 98%.

Следует отметить, что торакоцентез был необходим и для оценки тенденций к накоплению плевральной жидкости. Особенно в тех случаях, когда делалась

попытка поставить диагноз методом исключения или оценивали эффективность пробной терапии. 70 (33,7%) больным из 208 процедура выполнялась однократно, 53 (25,5%) — дважды, 46 (22,1%) — трехкратно, еще 36 (17,3%) — от 4 до 10 раз. В 3 (1,4%) ситуациях больным накладывали дренаж. Без учета последних количество жидкости, удаляемой за одну пункцию, в среднем составляло (0,75 $\pm$ 0,04) л (медиана 0,7). Выпот рецидивировал у 88,5% (184) больных, а разрешение выпота к моменту выписки из плеврального центра отмечено лишь в 11,5% (24) случаев. Методики, направленные на развитие плевродеза, при злокачественных выпотах не применялись.

Таким образом, для ЗП был типичен рецидивирующий экссудативный плевральный выпот. У значительной части больных экссудат был малоклеточным, что свидетельствует об отсутствии активного воспаления в плевральных листках. Повреждение плевры опухолью часто приводило к появлению крови в экссудате. Примерно в 52% случаев в выпоте обнаруживали ОК, что подчеркивает важность выполнения торакоцентеза для верификации раковых плевритов.

Наличие плевральной патологии делает логичным выполнение методик, позволяющих провести биопсию плевральных листков. Наиболее доступной и простой в техническом исполнении является пункционная биопсия (ПБ) плевры. ПБ выполнена 79 больным, 11 из них повторно. ПБ проводилась пациентам в возрасте от 17 до 83 лет, в среднем (57,8 $\pm$ 1,5) года (медиана 60,0). 55,7% (44) составляли мужчины. Игловая биопсия выполнялась примерно через 2 мес от начала болезни [в среднем (76,7 $\pm$ 6,6) дней, медиана 56,5]. С момента госпитализации больного в Центр до ПБ по усредненным данным проходило (13,6 $\pm$ 2,0) дня. С учетом того, что обработка материала занимала по времени от 1 до 12 дней (4,8 $\pm$ 0,2, медиана 4,0), возможность судить о генезе плеврита по гистологическим данным появлялась приблизительно на 16-й день (16,4 $\pm$ 2,3, медиана 11,0) пребывания в стационаре.

ПБ выполнена 51 (66,7%) пациенту с изолированным плевритом и 28 (33,3%) — с признаками легочного поражения. Основным рентгенологическим симптомом была круглая тень (15), реже выявляли инфильтрат (5), ателектаз (5), диссеминации (3). В 15 (53,6%) случаях патология определялась в нижней доле, в 4 (14,3%) — верхней, в 3 (10,7%) — средней, в 6 (21,4%) — поражалось все легкое.

Гистологическое исследование биоптатов было информативным у 48 (60,8%) пациентов из 79. Из 11 пациентов, которым ПБ выполнялась повторно, опухолевая ткань получена у 4 (36,4%), что повысило результативность методики на 5,1%. Результативность метода оказалась приблизительно одинаковой ($p > 0,05$) у больных с поражением легких [(50,0 $\pm$ 9,3)%, $n=28$] и без него [(66,7 $\pm$ 6,6)%, $n=51$]. В первой группе наивысшие результаты отмечены при диссеминациях (66,7%) и круглых тенях (53,3%) и значительно ниже — при ателектазах и инфильтратах (40,0%). Результативность ПБ была примерно одинаковой ($p > 0,05$) при серозном [(54,8 $\pm$ 7,7)%, $n=42$] и геморрагическом [(56,5 $\pm$ 10,6)%, $n=23$] характере экссудата. При наличии жидкости не имело значения, каким был выпот — свободным [(56,0 $\pm$ 7,0)%, $n=50$] или осумкованным [(53,3 $\pm$ 13,3)%, $n=15$]. В то же время результативность ПБ оказалась достоверно выше ($p < 0,05$) у больных с адгезивными процессами по сравнению с теми, у кого в плевральной полости выявлялась жид-

кость: $(85,7 \pm 9,7)\%$ ($n=14$) против $(55,4 \pm 6,2)\%$ ($n=65$). Возможно, что отсутствие выпота объясняется интенсивным злокачественным ростом и своеобразной облитерацией плевральной полости опухолевыми массами. Таким образом, чувствительность метода при злокачественных выпотах составила 60,8% при специфичности — 100%. В трех случаях из 48 положительный гистологический ответ игловой биопсии был получен одновременно или чуть позже других достоверных симптомов болезни. Следовательно, у 45 (20%) пациентов из 225 метод ПБ был основным в определении злокачественности плеврита.

Осложнения ПБ в виде пневмоторакса, отмечены у 3 больных. В 1 случае возникла необходимость в дренировании, что в последующем привело к росту опухоли по дренажному каналу. Ни в одном случае не наблюдалось инфицирования экссудата.

Успешное использование в диагностике раковых плевритов ПБ и цитологического исследования экссудата определяет реальную потребность в выполнении торакоскопии [7] для верификации диагноза. Торакоскопия, которая считается «золотым стандартом» в диагностике плевритов [8, 9], выполнена только трем пациентам со ЗП. Показанием для выполнения исследования являлось рецидивирующее течение плеврального выпота при неспецифическом гистологическом ответе предшествующей ПБ. В 2 случаях выявлена злокачественная мезотелиома плевры, в 1 случае (редкий случай паранеопластического плеврита у больного с доказанным позднее раком левой почки) патологии не обнаружено.

Внутригрудная локализация патологического процесса объясняет стремление врача к выполнению инвазивных вмешательств, одним из которых является фибробронхоскопия (ФБС). При ЗП бронхологическое исследование выполнено 142 (63,1%) пациентам. В 19 (13,4%) случаях эндоскопическая картина соответствовала норме, в 31 (21,8%) — обнаруживали признаки атрофического бронхита. Воспалительные изменения слизистой бронхов в виде локального эндобронхита отмечены у 24 пациентов: у 14 (9,9%) — эндобронхит с интенсивностью воспаления первой степени, у 10 (7%) — второй. Деформация бронхиального дерева, расцененная как «резкая с выраженной контактной кровоточивостью», обнаружена у 13 (9,2%) обследованных, «за счет сдавления извне» — у 4 (2,8%). Прямые признаки рака бронха в виде разрастания опухолевой ткани подтверждены у 51 (35,9%) больного.

В конечном счете у 53 (37,3%) пациентов из 142 опухолевые клетки обнаружены в биоптатах бронха или в бронхиальных смывах: аденокарцинома — 21, мелко-клеточный рак — 14, плоскоклеточный — 13, недифференцированный — 3, низкодифференцированный — 1, светлоклеточный — 1.

Рентгенологическое исследование, проведенное 53 пациентам с эндоскопически подтвержденным раком легкого, выявило наличие долевого ателектаза у 20 (37,7%), круглой тени — у 14 (26,4%), инфильтрата — у 5 (9,5%), диссеминации — у 1 (1,9%). В 13 (24,5%) случаях изменений в паренхиме легких не было.

ФБС проводилась больным в среднем на 11-й день $(11,2 \pm 1,9$, медиана 8,0) от момента госпитализации. На момент исследования у 19 (35,9%) больных из 53 злокачественность плеврита была достоверно доказана другими методами: обнаружением ОК в экссудате (у 17 пациентов), в мокроте (1) и биоптатах плевры (1). В

этих случаях бронхологическое исследование носило уточняющий характер. Таким образом, несмотря на широкое применение ФБС, только у 34 (23,9%) пациентов из 142 метод имел решающее значение для определения злокачественной природы процесса.

Арсенал методик, направленных на постановку диагноза, достаточно велик. Помимо перечисленных, у 10 больных было информативным цитологическое исследование мокроты, у 1 — асцитической жидкости, у 1 — мочи. Биопсия периферических лимфоузлов (шейных, надключичных) позволила подтвердить диагноз 7 пациентам. Результативными были трансторакальная пункция легочного образования (1 случай), медиастиноскопия (1), лопароскопия (1), резекция ребра (1), биопсия кожного узла (1). В трех случаях прижизненная диагностика плеврита оказалась невозможной, а злокачественность поражения доказана на аутопсии. Важную роль играют методики, направленные на поиск первичной опухоли и ее метастазов во внутренние органы. Проведение фиброгастродуоденоскопии позволило выявить рак желудка у 3 больных. Исследование выполнялось направленно при наличии у больного жалоб на диспепсию и боль в эпигастриальной области. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости было эффективным у 19 больных. Визуальная картина соответствовала раку почки (10), печени (5), поджелудочной железы (2), яичников (2). В 5 случаях это исследование оказалось единственно важным для постановки диагноза.

В конечном счете из 225 пациентов прямые доказательства болезни — опухолевые клетки (ОК) или опухолевая ткань в исследуемом материале — получены у 209 (92,9%). В 16 (7,1%) случаях основанием для диагноза стали косвенные симптомы, главный из которых — быстро прогрессирующее течение болезни при исключении других заболеваний. При этом типичные для злокачественных процессов рентгенологическая семиотика отмечена у 11 пациентов: круглая тень с бугристыми контурами — у 6, множественные круглые тени с четкими контурами — у 5. В 5 случаях при отсутствии изменений в легких данные УЗИ указывали на рак почки.

Злокачественный плеврит у 203 (90,2%) больных был обусловлен метастазированием в плевру рака различных локализаций. В 20 (8,9%) случаях обнаружена злокачественная мезотелиома плевры. У 2 (0,9%) пациентов диагностирован лимфогранулематоз. Рак легкого (РЛ) как причина плеврита обнаружен у 45,8% (93) больных первой группы.

С 2003 г. работа фтизиатрической службы регламентирована приказом № 109 МЗ РФ «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». В соответствии с этим законодательным актом дифференциальная диагностика туберкулеза проводится в учреждениях ОЛС. Однако представленные данные наглядно показывают неблагополучие и методическую неэффективность действий врачей различных лечебных учреждений. Поэтому, несмотря на то что проблемы диагностики не должны касаться фтизиатров, избежать потока больных со схожими в отношении туберкулеза симптомами не представляется возможным. Соответственно указание на длительное, но безуспешное лечение на предшествующих этапах становится критерием отбора пациентов в отделения туберкулезного стационара. Как следствие, во фтизиатрических клиниках различных регионов доля больных ЗП составляет от 17,6 до 21,9% [1, 4, 5].

Злокачественность плеврита вне зависимости от первичной локализации рака можно предполагать по совокупности косвенных симптомов. Примерно у 80% больных имеет место длительное постепенное прогрессирование одышки в сочетании с болями в грудной клетке при отсутствии симптомов воспалительной интоксикации. Напротив, у 20% больных клиническая картина нетипична, имеет яркую клиническую составляющую. В оценке клинической ситуации мы принимаем во внимание массивность и высокую скорость накопления плеврального выпота после плевральных пункций. Однако у 11,5% больных выпот был ликвидирован, а еще у 7,5% — его не было, а плевральная тень была обусловлена утолщением плевры за счет роста опухоли. Следует отметить диагностическую ценность характерных для рака легкого рентгенологических изменений в легком (ателектаз, круглая тень). К сожалению, они обнаружены только у 38% больных ЗП. Тоже можно сказать и о геморрагическом характере экссудата. Нет сомнений в том, что определенная совокупность косвенных симптомов делает предположение врача о раковом поражении высоковероятным. Но предположение врача еще не является диагнозом. Необходим направленный поиск прямых (достоверных) симптомов болезни. В ситуации со злокачественными плевритами — это цитологическая и/или гистологическая верификация. Результативными методиками являются цитологическое исследование экссудата, биопсийные исследования при фибробронхоскопии, игловая биопсия плевры. Проведение данных вмешательств в условиях многопрофильных лечебных учреждений, а также районных ПТД нередко оказывается затруднительным. Причины различные: субъективные, пожилой возраст пациента, сопутствующие заболевания, отсутствие технической возможности, организационные проблемы. В этих случаях этиологию плеврита пытаются доказать методом исключения. Проводится антибактериальная тест-терапия «пневмонии», при неудаче — переход на противотуберкулезное лечение. При этом практически исключается активный диагностический процесс. В особенности это относится к назначению противотуберкулезных препаратов, эффект от воздействия которых оценивается врачом не ранее чем через 1–2 мес. По сути, в силу вступает доказательство по принципу «время покажет». Недостатки и бесперспективность подобного подхода показывает следующий клинический случай.

Больная **К.**, 22 года, направлена в Центр районным ПТД 05.12.2001 г. Заболела постепенно в начале июня 2001 года: слабость, тяжесть в грудной клетке справа. К августу появилась одышка при ходьбе. Плеврит был выявлен в первых числах августа во время прохождения профилактической флюорографии. 15.08.2001 г. пациентка была госпитализирована в ПТД по месту жительства. По совокупности косвенных симптомов (большая длительность болезни к моменту поступления, лимфоцитарный характер экссудата, молодой возраст) был заподозрен туберкулез и назначена специфическая антибактериальная терапия. С 15.08.2001 г. по 04.12.2001 г. четырежды проводились плевральные пункции с одномоментным удалением до двух литров желеобразного, геморрагического выпота. ОК, микобактерий туберкулеза в экссудате не найдено. Рентгенологическое обследование легких после удаления жидкости не проводилось. К концу ноября состояние больной ухудшилось. Усилились боли в грудной клетке, слабость. Учитывая отсутствие эффекта от проводимого лечения, только через 3,5 мес от момента госпитализации был поставлен вопрос о необходимости биопсийной диагностики. 05.12.2001 г. пациентка направлена в Центр. В этот и последующие дни проводился торакоцентез с удалением до

3 л вязкого, слизеподобного экссудата. На рентгенограммах патологии в легких не обнаружено. 06.12.2001 г. проведена игловая биопсия плевры. Гистологическое заключение соответствовало острому неспецифическому воспалению. Однако при оценке клинической ситуации (выраженный болевой синдром; характеристики экссудата, быстрое его накопление; отсутствие эффекта от противотуберкулезного лечения) возможность туберкулеза практически исключалась. 15.12.2001 г. пациентке выполнена видеоторакоскопия. При осмотре на обоих листах плевры, во всех отделах имелись белесоватые разрастания различной величины и формы. Результат морфологического исследования — злокачественная мезотелиома плевры. Больная переведена в онкологический диспансер.

Следует отметить, что эффективность обследования определяется не только материальным обеспечением клиники. Не менее важным является то обстоятельство, насколько правильно врач оценит клиническую ситуацию и рационально распорядится имеющимися средствами. В настоящее время постановка диагноза является технологичным процессом, составные части которого выполняются врачами различных специальностей. Поэтому на первый план выходят вопросы организации лечебно-диагностического процесса. К числу удачных организационных решений относится, прежде всего, создание на базе Новокузнецкой клинической туберкулезной больницы специализированного отделения с ограниченным числом коек (14) и штатов (1,5 врачебных и 1 сестринская ставки) со статусом «Центра диагностики и лечения заболеваний плевры». Это позволило привлечь и сконцентрировать здесь пациентов с неясной плевральной патологией из лечебных учреждений юга Кузбасса без дискриминирующего отбора (по возрасту, тяжести сопутствующих заболеваний и др.). Появилась возможность эффективно координировать взаимодействие специалистов Центра (рентгенолог, торакальный хирург, врач-цитолог, морфолог, эндоскопист).

Второй организационный шаг — использование в работе врача алгоритма [1, 2], что позволяет в кратчайшие сроки решать лечебно-тактические задачи. Такими задачами являются выполнение полноценного рентгенологического исследования, торакоцентеза, биопсийных исследований, в том числе эндоскопических, морфологическая оценка полученных данных, адекватное лечение курабельных заболеваний, профилактика осложнений и прогрессирования болезни. Смысл алгоритма состоит не только в четкой пошаговой регламентации врачебных назначений, но и в формировании у специалиста способности выделить ведущие клинические проявления болезни, очертить круг дифференциальной диагностики, правильно сделать выбор наиболее эффективных методик.

Оценить роль структурных перемен можно следующими показателями. В частности, диагностика ЗП в Центре занимает примерно 2 нед (17,9+1,2) дня (медиана 13,0). Примерно также обстоит дело у 91% больных с различными поражениями плевры, у которых нозологическая форма определяется в сроки до 12 дней. При этом доля врачебных неудач, так называемых «идиопатических» плевритов, не превышает 4%.

Выводы:

1. Злокачественные поражения плевры возможны в любом возрасте, но чаще (80,9%) возникают у лиц старше 50 лет. Характерно постепенное начало с жалобами на нарастающую боль в грудной клетке или прогрессирующую одышку. Симптомы воспалительной интоксикации незначительны или отсутству-

ют. Выпот односторонний, массивный, неиссякаем, нередко с примесью крови, типичен лимфоцитарный состав экссудата. По рентгенологическим данным в половине случаев легкие интактны, а наиболее частые симптомы легочного поражения — ателектаз, круглая тень. Основными методами верификации раковых плевритов являются торакоцентез с цитологическим исследованием экссудата, ФБС, ПБ. Чувствительность цитологического исследования экссудата — 51,9% при специфичности 98%. Чувствительность ПБ — 60,8% при специфичности 100%.

2. Среди пациентов плеврального Центра опухолевые плевриты составляют 23,3%. Структура злокачественных плевритов представлена следующим образом: 90,2% — метастатическое поражение плевры при раке различных локализаций, 8,9% — первичная злокачественная мезотелиома плевры, 0,9% — лимфогранулематоз.

3. Наиболее значимыми для эффективной диагностики плевритов, в том числе злокачественных, оказались структурные перемены: создание специализированного Центра с концентрацией здесь больных с плевральной патологией; оптимально алгоритмизированная организация врачебной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Варин, А.А.* Заболевания плевры / А.А. Варин, А.К. Стрелис, А.Л. Ханин. — Томск: Красное знамя, 2003. — 150 с.
2. *Варин, А.А.* Алгоритм действий врача при заболеваниях плевры / А.А. Варин, А.Л. Ханин. — Новосибирск: Издатель, 2000. — 112 с.
3. *Линденбратен, А.В.* Учебник по рентгенологии / А.В. Линденбратен. — М.: Медицина, 1984.
4. *Порханов, В.А.* Видеоторакоскопические операции в диагностике и лечении заболеваний органов дыхания / В.А. Порханов // Проблемы туберкулеза. — 1997. — № 6. — С. 27—32.
5. *Тюхтин, Н.С.* Болезни плевры / Н.С. Тюхтин, С.Д. Полетаев // Болезни органов дыхания / под ред. Н.П. Палеева. — М.: Медицина, 2000. — С. 325—353.
6. *Ханин, А.Л.* Врачебные ошибки в ведении больных с заболеваниями плевры / А.Л. Ханин, А.А. Варин // Клиническая медицина. — 1999. — № 3. — С. 20—22.
7. *Light, R.W.* Diagnostic principles in pleural disease / R.W. Light // Eur. Respir. J. — 1997. — Vol.10. — P. 476—481.
8. *Loddenkemper, R.* Prospective evaluation of biopsy methods in the diagnosis of malignant pleural effusions. Inpatient comparison between pleural fluid cytology, blind needle biopsy and thoracoscopy / R. Loddenkemper, H. Grosser, A. Gabler [et al.] // Am. Rev. Respir. Dis. — 1983. — Vol. 127, suppl. 4. — P. 114.
9. *Loddenkemper, R.* Thoracoscopy: present diagnostic and therapeutic indications / R. Loddenkemper, C. Boutin // Eur. Respir. J. — 1993. — Vol.6. — P. 1544—1555.

© В.С. Мороков, 2009

УДК 616.936.1-07-084+614:374

ЗНАЧЕНИЕ «ШКОЛЫ МАЛЯРИИ» — ЦЕЛЕВОГО САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НЕИММУННЫХ ЛИЦ — ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ

Всеволод Сергеевич Мороков

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,
кафедра общей врачебной практики

Реферат. Регулярное проведение «школы малярии» — целевого санитарно-гигиенического воспитания (обучения) европейцев, постоянно проживающих в эндемичном районе, и организация круглосуточного доступа к медицинской помощи делают возможным диагностику и лечение тропической малярии в ранние сроки болезни при нормальной температуре тела и низкой интенсивности паразитемии. Появление одного из симптомов (головной боли, болей в мышцах и суставах, затрудненного дыхания или жидкого стула) на фоне нормальной температуры тела у неиммунных лиц, является безусловным показанием для обращения за медицинской помощью и проведения лабораторного обследования на малярию. Лечение артемизинином и лумефантрином больных легкими и среднетяжелыми формами тропической малярии было эффективно.

Ключевые слова: тропическая малярия, вторичная профилактика, диагностика, лечение, артемизинин, лумефантрин.

SIGNIFICANCE OF «MALARIA SCHOOL» — SPECIAL PURPOSE SANITARY-AND-HYGIENIC EDUCATION OF PERSONS WITHOUT IMMUNITY — FOR EARLY DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF TROPICAL MALARIA

V.S. Morokov

Kasan State Medical University, Department of General Medical Practice

Abstract. Holding «Malaria school» at regular intervals — special purpose sanitary-and-hygienic education of europeans permanently living in endemic region, and organization of 24-hour access to medical care make the diagnostics and treatment of tropical malaria at the early stages of the disease with normal body temperature and low parasitemia intensity possible. Emergence of one of the symptoms (headache, pains in muscles and joints, laboured breathing or liquid stool) on the background of normal body temperature in persons without immunity is undoubtedly an indication for appealing for medical aid and carrying out laboratory investigation for malaria. Artemether and lumefantrine therapy of patients with tropical malaria of light and mean severity was effective.

Key words: tropical malaria, secondary prophylaxis, diagnostics, treatment, artemether, lumefantrine.