

И. В. Лискина ОПУХОЛЕВЫЕ ПЛЕВРИТЫ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Институт физиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины

Введение. Плевральные выпоты в настоящее время являются широко распространенной патологией, осложняющей течение весьма широкого спектра заболеваний [1, 9, 11, 13, 16]. Известно, что приблизительно у 25 % всех пациентов преклонного и старческого возраста (в среднем, старше 50 лет) с наличием синдрома плеврального выпота последний имеет опухолевую природу [9]. К сожалению, верификация этиологии возникновения синдрома плеврального выпота, обусловленного прогрессированием опухолевого процесса или развитием первичной опухоли в плевральной полости, в большинстве случаев — весьма сложный процесс, который связан с проведением многоэтапного диагностического алгоритма исследований.

Материалы и методы

Был выполнен ретроспективный анализ 32 случаев развития выпотного, предположительно опухолевого, плеврита по материалам историй болезни пациентов, проходивших стационарное обследование и лечение в институте в 2001–2005 годы. В общий анализ были включены: анамнестические данные, оценка общего статуса пациентов на момент их госпитализации, результаты общеклинических лабораторных анализов, данные рентгенологических исследований в динамике, в том числе и компьютерной томографии (КТ) органов грудной полости, а также КТ органов брюшной полости (если она проводилась), результаты фибробронхоскопии, результаты диагностических торакокопий (ТС). Кроме того, особое внимание уделяли анализу результатов цитологического исследования плеврального экссудата (после выполнения плевральных пункций), а также данных цитологического и гистологического исследования материала биопсий плевры, полученных в ходе выполнения ТС или же закрытых трансторакальных пункционных биопсий парietальной плевры (ТПБП). Поскольку именно цитологические или гистологические находки атипичных (злокачественных) клеток и/или тканевых структур являются абсолютным диагностическим признаком опухолевой природы плеврального выпота.

Результаты и их обсуждение

Практически все пациенты на момент поступления в клинику торакальной хирургии Института, судя по анамнезу заболевания, проходили первичное обследование и минимум один курс лечения по месту жительства. Тем не менее, результаты лечения были или не эффективными, или же отмечалось прогрессирование основных симптомов, что послужило причиной обращения в ИФП АМНУ.

В изучаемую группу включено 24 пациента с окончательно установленным диагнозом метастатического поражения плевры, 7 больных — с верифицированным диагнозом мезотелиомы плевры (гистологически — преимущественно эпителиального типа), и 1 случай, когда в итоге всех исследований, согласно диагностическому алгоритму, рекомендованному в случаях односторонних

экссудативных плевритов неясной этиологии [10, 11], был установлен диагноз неспецифического плеврита.

Среди пациентов было 16 мужчин и 16 женщин, из них с мезотелиомой плевры — 5 и 2 соответственно; с метастатическим поражением плевры — 10 и 13, и у 1 женщины — неспецифический плеврит, вероятнее всего обусловленный впервые диагностированной в это же время язвенной болезнью желудка в фазе острого воспаления. Средний возраст пациентов для всей выборки составил 61,4 года (для пациентов с мезотелиомой плевры — 64,9 лет; для пациентов с вторичным опухолевым поражением — 60,3 года). Локализация процесса на момент поступления в клинику была односторонней — у 15 пациентов в левом гемитораксе и у 17 — в правой половине грудной клетки. Можно отметить, что во время пребывания в клинике у двух пациентов развился двусторонний плеврит (клинически в 1-ом случае вначале он был расценен как прогрессирующий кардиогенный выпот), во всех этих случаях окончательный диагноз был "канцероматоз плевры".

Представленные количественные данные позволяют сделать заключение, что ни пол, ни определенная возрастная группа, ни локализация плеврального выпота не позволяют клиницисту в уточнении этиологии плеврита.

Длительность заболевания у пациентов до поступления в клинику составила в среднем 4 месяца (диапазон 2 недели — 9 месяцев), причем не отмечается различий в длительности заболевания среди пациентов с первичной опухолью плевры или же с ее вторичным поражением опухолевым процессом.

Основными жалобами больных, были следующие:

- одышка при умеренной физической нагрузке (или редко — даже в покое);
- болевой синдром в пораженном гемитораксе;
- общая слабость;
- сухой непродуктивный кашель;
- кашель с незначительным количеством мокроты.

Относительно не часто больные отмечали периодическое повышение температуры тела, похудание, снижение аппетита, развитие асцита или периферических отеков, головокружение. Сопоставлены частота и вид жалоб у больных с различным типом опухолевого поражения плевры согласно материалам их историй болезни (табл. 1).

Табличные показатели убедительно свидетельствуют, что ведущей жалобой у пациентов с опухолевыми плевритами является одышка — она отмечается практически у всех из группы выборки, второе место по частоте занимает нарастающая общая слабость, а третье место разделили сухой, непродуктивный кашель и отчетливый болевой синдром, причем оба симптома приблизительно в 2 раза чаще были выражены при первичном опухолевом поражении плевры. Тем не менее, нельзя не отметить, что в целом все из вышеперечисленных симптомов не являются специфическими или патогномичными именно для злокачественных плевритов и достаточно часто отмечаются в случаях развития плевритов иного генеза. То есть присутствующий набор жалоб у пациента не дает

возможности судить о природе плеврального выпота, не говоря уже о более точном размежевании характера опухолевого процесса.

Диагнозы при направлении в клинику были следующими: односторонний выпотной плеврит неясной этиологии у 4 (57,1 %) больных с мезотелиомой плевры и у 18 (78,3 %) пациентов с ее метастатическим поражением; подозрение на туберкулез легких, осложненный туберкулезным плевритом — у 3-х больных (в 2-х случаях при метастатическом поражении и в одном случае мезотелиомы плевры); подозрение на плевропневмонию — у 2-х больных (по одному случаю с разной опухолевой патологией плевры) и, наконец, у 3-х пациентов подозревался рак легкого с развитием метастатического плеврита (из них у 2-х подтвердился метастатический характер поражения плевры, у 1-го установлена мезотелиома). Только в одном случае диагноз при направлении в клинику полностью совпал с окончательным диагнозом — рецидивирующий метастатический плеврит.

Следует отметить, что плевральная патология часто развивалась на фоне других, длительно протекающих общих заболеваний, в частности, на фоне ХИБС — у 8 пациентов; гипертонической болезни — в 8 случаях, яз-

венной болезни желудка или 12-перстной кишки — в 2 случаях; сахарного диабета — у 3-х больных, в единичных случаях отмечены киста яичника и рак молочной железы в анамнезе жизни. Это неудивительно с учетом среднего возраста (61,4 года) пациентов изучаемой группы и должно адекватно расцениваться лечащим врачом.

У всех пациентов диагноз наличия плеврального выпота первично был подтвержден при рентгенологическом исследовании. В 20 случаях (66,7 %) из 32 накопление экссудата имело рецидивирующее, упорное течение. В 15 из них (75,0 %) отмечено также быстрое повторное накопление жидкости — по 1,0-1,5 л жидкости за 1–3 дня.

В клинике рентгенологические исследования больным проводились не менее чем втрое у каждого из них, в 16 случаях — в сочетании с компьютерной томографией органов грудной полости (КТ ОГП). Анализ данных рентгенограмм в динамике в сочетании с данными КТ ОГП позволил предположить диагноз рака легкого в 7 случаях, развитие канцероматоза легких — в 3-х случаях и заподозрить мезотелиому — в 2-х случаях. Полученные результаты выполнения обзорной рентгенографии и КТ ОГП подтверждают, что это комплексное диагностическое исследование является высокоэффективной диагностической процедурой по отношению к злокачественным плевритам — в 12 случаях из 16 процедур (75,0 %) сделаны верные заключения об этиологии экссудативного выпота. Такой же вывод представлен и в обзоре по диагностике и лечению плевральных выпотов американских пульмонологов за 2005 год [13, 16] — "рентгенография грудной клетки остается наиболее важным инструментальным исследованием для первичного диагноза плеврального выпота".

Кроме того, у больных с наличием подозрительных изменений в легких по данным рентгенограмм по возможности выполняли фибробронхоскопию с прицельной трансбронхиальной биопсией легкого (8 пациентов, 25,0 %), что позволило верифицировать диагноз опухоли легкого в 5 (15,6 %) случаях.

Изучение лабораторных показателей крови и мочи, а также посевов мокроты показало, что в целом они не имеют диагностического значения. Наиболее часто встречающимися являются изменения в крови, а именно умеренное снижение уровня гемоглобина (Hb) и возрастание скорости оседания эритроцитов (СОЭ), но и они незначимы в диагностическом отношении, что демонстрирует таблица 2. Практически у половины всех пациентов показатели общего анализа крови представляли вариант нормы.

Очевидно, что вышеперечисленные исследования и их результаты ни в коей мере не позволяют установить правильный диагноз ни основного заболевания, ни природы плеврального выпота.

Таблица 1

Характеристика и частота жалоб, предъявляемых пациентами с различным характером опухолевого поражения плевры

Жалобы	Количество больных с мезотелиомой плевры, абс. число, (%)	Количество больных с метастатическим поражением плевры, абс. число, (%)
Болевой синдром (всего)	5 (71,4)	10 (43,5)
• боли в правом гемитораксе	2 (28,6)	6 (26,1)
• боли в левом гемитораксе	3 (42,9)	4 (17,4)
Одышка	7 (100)	22 (95,7)
Общая слабость	6 (85,7)	18 (78,3)
Сухой непродуктивный кашель	5 (71,4)	9 (39,1)
Кашель с мокротой	—	3 (13,0)
Субфебрильное повышение температуры тела	2 (28,6)	6 (26,1)
Похудание	3 (42,9)	5 (21,7)
Снижение аппетита	2 (28,6)	2 (8,7)
Асцит или отеки	1 (14,3)	1 (4,3)
Всего больных	7	23

Таблица 2

Изменения показателей крови при опухолевых плевритах

Характер опухолевого поражения плевры	Уровень Hb		СОЭ	
	В пределах нормы, (n — число случаев)	Умеренно снижен, (n — число случаев)	В пределах нормы, n	Умеренно или значительно повышена, n
Мезотелиомы плевры, всего 7 случаев	3	4	3	3
Метастатическое поражение плевры, всего 24 случая	9	11	9	13

Абсолютным диагностическим признаком в случаях плевральных выпотов неясного генеза является обнаружение опухолевых клеток в цитологических препаратах и/или выявление элементов опухоли в гистологических препаратах биопсий плевры [1, 3]. Вот почему всем этим пациентам вначале проводились неоднократные разгрузочные лечебно-диагностические плевральные пункции с цитологическим исследованием плевральной жидкости, а впоследствии осуществлены 25 лечебно-диагностических ТС, одна видеоторакоскопия и 6 закрытых ТПБП (последние проводились в случаях наличия небольшого количества жидкости в плевральной полости или же при серьезной сопутствующей патологии у больных). Необходимость проведения диагностических плевральных пункций практически во всех случаях наличия внутриплеврального выпота отмечается многими специалистами-пульмонологами и торакальными хирургами [10, 11, 16]. Забор биопсийного материала плевры осуществлялся согласно рекомендациям ведущих европейских клиник и торакальных обществ Великобритании и Америки [10]. Проведено цитологическое исследование биопсий плевры и расширенное гистологическое исследование биопсийного материала.

Результаты торакаскопических исследований

Прежде чем проводилась визуальная оценка состояния плевральных поверхностей и ткани легкого, как правило, осуществлялась эвакуация плевральной жидкости, если таковая имела в значительном количестве. Интересно отметить, что в 17 (65,4 %) случаях аспирирована серозная (соломенно-желтая жидкость), в 4 (15,4 %) случаях — геморрагический экссудат, в 5 (19,2 %) случаях наблюдали серозно-геморрагический экссудат.

Наблюдения различного характера внутриплевральной жидкости подтверждаются и немногочисленными публикациями [14], в которых сообщается о злокачественных по природе, но транссудативных по характеру внутриплевральных выпотах. Такие находки еще раз свидетельствуют о сложности диагностики плевритов неясной этиологии, так как, в частности, распространена точка зрения по поводу сердечной недостаточности как основной причины транссудативных выпотов.

В 15 (57,7 %) случаях хирурги отмечали отчетливую гиперемию и воспалительные изменения висцерального (12 случаев) и париетального (15 случаев) листков плевры, воспалительные изменения диафрагмы имели место в 3 случаях. Только в 3 случаях описано отсутствие воспалительных изменений плевры. Спайки наблюдались в 13 (50,0 %) случаях, фибриновые наложения — в 9 (34,6 %) случаях. Характерным признаком патологии являлось обнаружение различного типа высыпаний в большинстве случаев на костальной и, несколько реже, на висцеральной плевре. Просовидные или рисовидные белесоватые бугорки отмечены в 12 (46,2 %) случаях, а очень характерные именно для опухолевого поражения плевры множественные полиморфные разрастания, визуально разноцветные, с выраженной плотной (хрящеподобной) консистенцией, возвышающиеся над плевральной поверхностью, обнаружены в 10 (38,5%) случаях. Еще в одном случае описаны локальные плотные утолщения межреберной париетальной плевры белесоватого цвета, как выяснилось впоследствии при гистологическом исследовании, характерные для бифазной мезотелиомы плевры. Следовательно, более чем в половине случаев опухолевого поражения плевры собственно опухолевые

разрастания сочетались с макроскопически отчетливо выраженным воспалением одного или обоих листков плевры, а в некоторых случаях (у 6 (23,1 %) пациентов в этом исследовании) вообще визуально определялись только воспалительные изменения в плевральной полости.

Цитологические исследования плевральной жидкости и биопсий плевры

Так как у подавляющего большинства пациентов выполнялись неоднократные плевральные пункции, то плевральная жидкость была минимум дважды исследована у всех 32 пациентов. Но только в 5 случаях (15,6 %) она была информативной, причем все эти находки были связаны с метастатическим поражением плевры, в случаях мезотелиом плевральная жидкость была неинформативной во всех случаях.

В 3-х случаях исследования плевральных биоптатов сделано заключение о выявлении атипичных клеток или же клеток злокачественной опухоли. В 8 случаях выставлен диагноз "обнаружены клетки железистой карциномы", в 1 случае — выявлены элементы плоскоклеточного рака. И еще в одном случае был выставлен диагноз — мезотелиома плевры. В целом, результативность комплексного цитологического исследования составила 43,75 % — в 12 случаях был установлен опухолевый генез плевритов.

Сопоставление результативности цитологической диагностики по анализу только плевральной жидкости с опубликованными данными [11, 15], показывает, что в группе наших пациентов она значительно ниже, хотя и в нашей группе исследований наблюдаются такие же соотношения цитологической диагностической эффективности по отношению к метастатическим плевритам и при мезотелиоме [11]. Этот факт можно объяснить тем, что в клинику торакальной хирургии преимущественно поступают пациенты, ранее обследовавшиеся в различных других медицинских учреждениях, но безрезультатно в отношении установления истинной природы выпота в плевральную полость. Те же пациенты, у которых устанавливается правильный диагноз злокачественного плеврита до поступления в клинику, на дальнейшее обследование и лечение направляются в профильные медицинские учреждения.

Результаты гистологического исследования плевральных биопсий

Первичное обзорное исследование проводилось по гистологическим препаратам с рутинной обзорной окраской — гематоксилин-эозином. Все случаи были расценены как плевриты опухолевого происхождения. Эти данные и послужили основой для формирования представленной группы исследования. Результаты после окраски материала биопсий плевры гематоксилин-эозином были следующими:

- мезотелиомы плевры — 3 случая;
- метастазы дифференцированной аденокарциномы в плевру — 3 случая;
- метастазы низко- или недифференцированной карциномы — 13 случаев;
- метастазы карциномы или эпителиальный тип мезотелиомы плевры — 6 случаев;
- метастазы карциномы или неспецифический плеврит с умеренной клеточной атипией — 2 случая;
- метастазы карциномы с наличием железистого компонента — 5.

Повсеместная патологоанатомическая практика свидетельствует о значительных трудностях в дифферен-

циальной диагностике ранних стадий новообразований плевры и реактивных воспалительных разрастаний её структурных элементов, а также в установлении гистогенеза опухолевых поражений [3, 8]. Высокая чувствительность и специфичность морфологического исследования обеспечивается только при использовании всего современного комплекса морфологических приемов и унифицированной оценке результатов исследований.

Несмотря на полученные предварительные результаты гистологического исследования, в ряде случаев клиницистам не удавалось диагностировать локализацию первичного опухолевого очага, что и послужило поводом для проведения второго этапа, иммуногистохимического исследования имеющегося материала биопсий плевры. С учетом того, что по предварительным результатам оценки материала не обнаружено опухолевого процесса саркоматозного характера, была отобрана соответствующая минимальная панель иммуногистохимических маркеров для оптимального первого (базового) уровня гистологического диагностического размежевания между мезотелиомами эпителиального или бифазного типов и метастатическими опухолями в плевре. Ориентировались на доступные для исследования и хорошо изученные в диагностическом аспекте диагностические маркеры фирмы DAKO, Дания — p53, CEA, CD15 и HBME-1, учитывая тот факт, что в настоящее время не существует одного специфического маркера для мезотелиом плевры [4, 6, 8].

p53 — особый ядерный белок, который достаточно часто мутирует при неопластической трансформации тканей, и частая экспрессия мутированного p53 в злокачественно перерожденном мезотелии, а также в опухолях легких легки описана в ряде публикаций [2, 5]. Экспрессия p53 в целом не характерна для реактивно гиперплазированного мезотелиального слоя клеток.

CEA — высокоэффективный маркер опухолей эпителиальной природы, в том числе — рака легкого, но он никогда не проявляет экспрессии в случаях мезотелиом с эпителиоидным компонентом. CD 15 (LeuM1) — маркер широкого спектра аденокарцином различного органного происхождения, который не проявляет экспрессии в случаях мезотелиом плевры [6]. И, наконец, HBME-1 — маркер именно мезотелиальных клеток, так как он получен из клона клеток мезотелиомы эпителиального типа, с ярко выраженной экспрессией во всех клетках мезотелиального происхождения [7]. Недостатком последнего маркера является его низкая специфичность — кроме мезотелиальных клеток часто его экспрессия наблюдается в карциномах различного органного происхождения.

Случаи, подозрительные в отношении собственно наличия опухолевого процесса, окрашивали всеми 4 маркерами; в случаях очевидных гистологических признаков опухолевого роста срезы достаточно было окрашивать только 3-мя маркерами — CEA, CD15 (LeuM1) и HBME-1.

Схематическая оценка получаемых результатов иммуногистохимического окрашивания была следующей: умеренная или значительная экспрессия (положительная реакция) на p53 свидетельствует об опухолевой природе плевральной патологии. Отчетливая экспрессия CEA и/или CD15 (LeuM1) позволяет сделать уверенное заключение о метастатической природе опухоли в плевре, причем, при значительной экспрессии именно CD15 (LeuM1) можно сделать вывод именно об аденокарциноме [6]. При отчетливой экспрессии HBME-1 и отсутствии реакции на CEA и CD15 (LeuM1) можно достаточно уве-

ренно думать о наличии в плевре мезотелиомы эпителиального или бифазного типов. В случаях отчетливой экспрессии HBME-1, CEA и/или CD15 (LeuM1) надо рассматривать случай метастатического поражения плевры опухолью эпителиальной природы.

Окончательные выводы о характере опухолевого поражения плевры по результатам иммуногистохимического окрашивания плевральных биопсий:

- мезотелиома эпителиального типа — 5 случаев;
- мезотелиома двухфазного (бифазного) типа — 2 случая;
- метастазы высоко- или умереннодифференцированной аденокарциномы — 10 случаев;
- метастазы эпителиальной опухоли с наличием железистого компонента — 8 случаев;
- метастазы злокачественной опухоли неясного гистогенеза — 5;
- метастазы гипернефроидного рака — 1 случай;
- неспецифический плеврит с выраженной пролиферацией и гиперплазией мезотелиального слоя, с наличием умеренной клеточной атипии — 1 случай.

Сопоставление диагнозов, полученных при рутинном гистологическом исследовании, и уточненных диагнозов (после иммуногистохимического исследования) показывает, что точность дифференциальной диагностики возросла приблизительно в 1,5 раза (на 53,1 %): уточнены все случаи с "двойственным диагнозом", практически более чем в 2 раза (с 13 до 5) снизилось количество метастатических опухолей неясного гистогенеза и в нескольких случаях исходный диагноз был изменен именно по данным иммуногистохимического анализа. Однако стоит принимать во внимание, что плевральные биопсии имеют невысокую специфичность (порядка 56 %) [12] в отношении подтипа мезотелиом.

Выводы

Клиническая симптоматика и общеклинические исследования в случаях развития опухолевых плевритов неспецифичны и носят вспомогательный характер на протяжении осуществления диагностического алгоритма в отношении синдрома плеврального выпота неясного генеза.

До проведения цитологических или гистологических исследований наиболее эффективным диагностическим исследованием является обзорная рентгенография в сочетании с КТ ОГП — в 12 (75,0 %) случаях из 16 проведенных сделаны верные предположения или заключения об этиологии экссудативного выпота.

Абсолютным диагностическим признаком в случаях плевральных выпотов неясного генеза является обнаружение опухолевых клеток в цитологических препаратах и/или выявление элементов опухоли в гистологических препаратах биопсий плевры.

Цитологическое исследование пункционной жидкости имеет очень низкую диагностическую эффективность. При анализе клеточного состава нескольких пункций плевральной жидкости и биопсий плевры эффективность диагностики возрастает до 43,75 % (в 12 случаях).

Базовой основой дифференциальной диагностики в случаях односторонних рецидивирующих плевритов неясного генеза является гистологическое исследование биопсий плевры. Даже рутинное первичное изучение гистологических препаратов позволяет диагностировать опухолевое поражение плевры в 96,9 % (при условии наличия 6–8 биопсий плевры). Использование современных

панелей иммуногистохимических маркеров для углубленного гистологического исследования позволяет не только точно установить наличие или отсутствие опухолевого поражения плевры, но и выяснить тип опухоли — она первична для плевральной полости или является метастатической. Кроме того, при прицельном расширении количества маркеров в диагностической панели можно в большинстве случаев установить ее гистогенетическое происхождение.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акопов А. Л.* Плевральный выпот при раке легкого // Пульмонология. — 2001. — Т. 11, № 4. — С. 72–77.
2. *Особенности экспрессии онкоассоциированных белков при раке легкого* / Севостьянова Н. В., Малкова Е. М., Огородова Л. М. и др. // Пульмонология. — 2003. — № 3. — С. 59–62.
3. *Фоминих И. В., Коваленко В. Л.* Морфологические аспекты прижизненной верификации опухолевых поражений плевры // Архив патологии. — 1998. — Т. 60, № 4. — С. 71–74.
4. *Abutailly A. S., Addis B. J., Roche W. R.* Immunohistochemistry in the distinction between malignant mesothelioma and pulmonary adenocarcinoma: a critical evaluation of new antibodies // J. Clin. Pathol. — 2002. — Vol. 55. — P. 662–668.
5. *Cagle Ph. T., Brown B. W., and Lebovitz R. M.* p53 immunostaining in the differentiation of reactive processes from malignancy in pleural biopsy specimens // Human Pathol. — 1994. — Vol. 25, № 5. — P. 443–448.
6. *Calretinin, thrombomodulin, CEA and CD 15: a useful combination of immunohistochemical markers for differentiating pleural epithelial mesothelioma from peripheral pulmonary adenocarcinoma* / Comin C. E., Novelli L., Boddi V. et al. // Human Pathol. — 2001. — Vol. 32, № 5. — P. 529–536.
7. *Combined use of novel epithelial (MOC-31) and mesothelial (HBME-1) immunohistochemical markers for optimal first line diagnostic distinction between mesothelioma and metastatic carcinoma in pleura* / Gonzalez-Lois C., Ballestin C., Sotelo M.T. et al. // Histopathology. — 2001. — Vol. 38. — P. 528–534.
8. *King J. E., Hasleton P. S.* Immunohistochemistry and the diagnosis of malignant mesothelioma // Histopathology. — 2001. — Vol. 38. — P. 471–476.
9. *Malignant pleural disease* / Bonomo L., Feragalli B., Sacco R. et al. // Eur. J. Radiol. — 2000. — Vol. 34. — P. 98–118.
10. *Mathur P. N., Laddenkemper R.* Biopsy techniques in the diagnosis of pleural diseases // Eur. Respir. Mon. — 2002. — Vol. 22. — P. 120–130.
11. *Medford A., Maskell N.* Pleural effusion // Postgrad. Med. J. — 2005. — Vol. 81. — P. 702–710.
12. *Pleural biopsy: a reliable method for determining the diagnosis but not subtype in mesothelioma* / Bueno R., Reblando J., Glickman J. et al. // Ann. Thorac. Surg. — 2004. — Vol. 78. — P. 1774–1776.
13. *Sahn S. A.* Malignant pleural effusions // Eur. Respir. Mon. — 2002. — Vol. 22. — P. 177–188.
14. *Transudative malignant pleural effusions: prevalence and mechanisms* / Ashchi M., Golish J., Eng Ph., O'Donovan P. // South Med. J. — 1998. — Vol. 91, № 1. — P. 23–26.
15. *Volume of pleural fluid required for diagnosis of pleural malignancy* / Sallach S. M., Sallach J. A., Vasquez E., et al. // Chest. — 2002. — Vol. 122. — P. 1913–1917.
16. *Yataco J.C., Dweik R.A.* Pleural effusions: evaluation and management // Cleveland Clinic J. Med. — 2005. — Vol. 72, № 10. — P. 584–872.

ОПУХОЛЕВЫЕ ПЛЕВРИТЫ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

И. В. Лискина

Резюме

Проведен анализ клинических проявлений, диагностического алгоритма и результатов каждого его уровня исследования, а также результатов расширенных морфологических исследований 32 случаев односторонних плевритов неясного генеза (опухолевых или предположительно опухолевых по результатам первого этапа гистологического исследования). Полученные данные подтверждают неспецифические клинические проявления опухолевых плевритов, что значительно усложняет и увеличивает длительность диагностического поиска в клинике. Абсолютными диагностическими признаками опухолевых плевритов является цитологическое выявление клеток опухоли и/или гистологический вывод о наличии элементов опухоли в биопсиях плевры. Современное иммуногистохимическое исследование биопсийного материала плевры позволяет уточнить диагноз опухоли (она первичная или вторична по характеру) и в большинстве случаев определить гистогенез неоплазмы.

MALIGNANT PLEURISIES: CLINICAL-MORPHOLOGIC FEATURES AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

I. V. Liskina

Summary

The analysis of clinical manifestations, diagnostic algorithm and the results of morphological tests of 32 cases of unilateral pleuritis of unspecified etiology (tumor or presumably tumor, based on results of the first-line histological evaluation) was carried out. The received data confirm nonspecific clinical symptoms caused by malignant effusions, which considerably complicate and postpone the diagnostic search at clinical settings. Absolute diagnostic features of malignant pleuritis are the cytologically determined tumor cells and/or the histological conclusion about presence of tumor elements in biopsies of the pleura. Modern immunohistochemical test of the pleura biopsies allows to confirm the diagnosis of a tumor (its primary or secondary origin) and in most cases to determine a histogenesis of a neoplasm.