

О. В. Терешкович, М. С. Опанасенко, Л. М. Загаба
ПОРІВНЯННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ ЗАБОРУ БІОПСІЙНОГО МАТЕРІАЛУ
ДЛЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ ДІАГНОЗУ ПРИ ВНУТРІШНЬОГРУДНІЙ
ЛІМФАДЕНОПАТІЇ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗУ

Державна установа «Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМНУ»

Вступ. Збільшення розмірів внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ВГЛ) клінічно проявляється «синдромом внутрішньогрудної лімфаденопатії» (СВГЛ) і є одним із симптомів багатьох захворювань, що різняться причиною, клінічними проявами, методами діагностики, лікуванням та прогнозом. Найбільш ефективним методом діагностики етіології СВГЛ є біопсія враженого ВГЛ. Незважаючи на значну кількість існуючих інвазивних діагностичних методик, в літературі немає єдиної думки щодо послідовності їх застосування, і не проведена порівняльна оцінка чутливості (інформативності), специфічності і точності різних методик забору біопсійного матеріалу для діагностики етіології СВГЛ.

Мета роботи. Оцінити діагностичну цінність різних методів забору біопсійного матеріалу для морфологічної верифікації діагнозу у хворих із синдромом внутрішньогрудної лімфаденопатії невстановленої етіології.

Матеріали і методи. Був проведений ретроспективний аналіз результатів обстеження 134 пацієнтів з діагнозом СВГЛ неясного генезу у яких була виконана біопсія ВГЛ у НІФП НАМН протягом 2010–2013 років. Чоловіків було 77 (57,5 %), жінок — 57 (42,5 %). Віковий діапазон хворих коливався від 14 до 61 років (середній вік 42,4 років). Біопсія ВГЛ була виконана наступними способами: відкрита біопсія з використанням торакотомії — 18 (13,4 %), відеоторакоскопічна біопсія — 56 (41,8 %), відеоасистована біопсія з використанням мініторахотомії — 19 (14,2 %), трансбронхіальна біопсія при фібробронхоскопії під ультразвуковим контролем (EBUS TBNA) — 41 (30,6 %) спостережень. Всього у 134 пацієнтів було виконано 146 біопсій ВГЛ (у 9 хворих перша біопсія EBUS TBNA — друга біопсія BTC; у 1 пацієнта виконана EBUS TBNA двічі; у 1 пацієнта виконана EBUS TBNA тричі).

Результати дослідження. В результаті обстеження була встановлена наступна етіологія СВГЛ: саркоїдоз ВГЛ — 55 (41,0 %); лімфогранулематоз — 25 (18,7 %); неходжкінські лімфоми — 5 (3,7 %); метастатичне враження ВГЛ — 20 (14,9 %); вторинне враження ВГЛ при системній патології сполучної тканини — 2 (1,5 %); туберкульоз ВГЛ — 20 (14,9 %); агресивний фіброматоз — 1 (0,7 %),

вторинне враження ВГЛ при СНІД — 3 (2,2 %); злоскісні новоутворення середостіння — 3 (2,2 %).

При виконанні біопсії були зафіксовані наступні ускладнення: сповільнене розправлення легені внаслідок просочування повітря в ранньому післяопераційному періоді — 2 (1,5 %), локальна внутрішньоплевральна гематома — 1 (0,7 %), залишкова плевральна порожнина, що потребувала додаткового дренивання — 1 (0,7 %), внутрішньоплевральна кровотеча — 1 (0,7 %); лінійний надрид паренхіми легені — 1 (0,7 %); перфорація мембранозної частини трахеї — 1 (0,7 %); локальна

ендобронхіальна кровотеча — 2 (1,5 %). У всіх хворих ускладнення були ліквідовані, у 2 (1,5 %) випадках була виконана інтраопераційна конверсія в мініторахотомію або торакотомію. Загальний рівень ускладнень при виконанні біопсії ВГЛ — 6,7 %

Діагностична цінність кожного з методів забору біопсійного матеріалу оцінювалась за трьома критеріями: чутливість (інформативність), специфічність і точність. При виконанні відеоторакоскопічної біопсії ВГЛ отримані наступні результати: чутливість — 95,7 %, специфічність — 97,8 %, точність — 96,7 %. Відеоасистована біопсія ВГЛ з використанням мініторахотомії: чутливість — 93,3 %, специфічність — 92,8 %, точність — 93,1 %.

Трансбронхіальна біопсія при фібробронхоскопії під ультразвуковим контролем: чутливість — 72,5 %, специфічність — 100,0 %, точність — 84,1 %.

При застосуванні відкритої біопсії з використанням торакотомії показники по всіх трьох критеріях склали 100,0 %.

При проведенні порівняння попереднього клінічного діагнозу із заключним діагнозом, встановленим за результатами гістологічного і/або імуногістохімічного дослідження виявлена невідповідність у $(64,3 \pm 4,8) \%$ випадків ($p < 0,05$). При встановленні діагнозу на основі лабораторних і клініко-рентгенологічних даних без патогістологічної верифікації етіології патологічного процесу адекватну терапію отримували лише $(25,0 \pm 9,7) \%$ хворих, тоді як $(75,0 \pm 9,7) \%$ випадках таке лікування було невідповідним основному діагнозу ($p < 0,01$). У $(71,4 \pm 12,1) \%$ випадків пацієнтам, яким проводилось лікування СВГЛ без патогістологічного підтвердження етіології захворювання, встановлювався діагноз «саркоїдоз»;

Висновки

1. Біопсія внутрішньогрудних лімфовузлів є методом вибору при обстеженні хворих з синдромом внутрішньогрудної лімфаденопатії неясного генезу і дозволяє встановити етіологію захворювання у 72,5 — 100,0 % випадків залежно від застосованого способу біопсії.

2. Найбільш високі показники за критеріями чутливість (інформативність) і точність спостерігались при застосуванні відкритої біопсії ВГЛ. Проте значний рівень ускладнень спонукає застосовувати менш травматичні методи біопсії.

EBUS TBNA є найбільш безпечним, проте і найменш інформативним методом діагностики етіології СВГЛ.

3. У 64,3 % виявлена невідповідність попереднього клінічного діагнозу і остаточних даних щодо етіології внутрішньогрудної лімфаденопатії, отриманих при гістологічному і/або імуногістохімічному дослідженні біоптатів внутрішньогрудних лімфовузлів.