

## М. І. Бабіч СПОСІБ БІОПСІЇ ПЛЕВРИ

КЗ "Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер" ХОР

Диференціальна діагностика ураження плеври залишається важливою клінічною проблемою. На сьогоднішній день проведення лікування «ex juvantibus» має бути виключене, бо "призводить до відтермінування встановлення правильного клінічного діагнозу та інвалідизації, а іноді, навіть не залишає шансу врятувати життя хворого" [6, 11].

Одним з найбільш інформативних методів діагностики захворювань плеври є її біопсія з наступним дослідженням отриманого матеріалу. Морфологічне дослідження біоптатів парієтальної плеври має ключове значення не тільки для встановлення етіології плеврального випоту, але і правильного визначення тривалості перебігу синдрому плеврального випоту [3]. Відомі різні методи діагностичної біопсії плеври: пункційна, торакоскопія і діагностична торакотомія.

Голкова біопсія плеври під місцевою анестезією спеціальними голками типу Abrams або Core [4, 10] є високо інформативним методом діагностики, його чутливість при виявленні туберкульозного плевриту становить 70,2 % [5]. До безперечних переваг методу відноситься: 1) простота виконання; 2) метод легко переноситься пацієнтами; 3) ускладнення не перевищують 1,3 % при правильному виконанні процедури [5, 7]. Однак приблизно у чверті пацієнтів верифікувати діагноз не вдається, незважаючи на багаторазове дослідження біоптатів.

Застосування відкритої біопсії легень має довгу історію [2] та численні модифікації [4, 7, 8]. З розвитком відеоторакокопії показання для відкритої біопсії плеври різко звузились, в основному із-за її травматичності.

Використання торакокопії дозволяє вирішити діагностичні задачі в переважній більшості випадків — чутливість торакокопії при плевриті складає 91 %, специфічність — 100 %, точність — 96 % [2, 7]. Методика біопсії плеври при торакокопії загальновідома. Слід виконувати біопсію з різних ділянок плеври, при цьому біоптат повинен містити всі шари плеври до міжреберних м'язів. Дотримання цього принципу дозволяє не тільки встановити гістологічний діагноз, але і правильно оцінити глибину поширення процесу. Хірург, що виконує торакокопію, має пам'ятати, що ділянки плеври, покриті фібрином в місцях розташування зрощень, можуть вказувати на патологічний процес і тому підлягають біопсії в першу чергу [1, 7, 9].

Більше 10 років у відділенні торакальної хірургії КЗ ХОПТД ХОР застосується власна модифікація способу

біопсії плеври, яка заключається в наступному. Після розділення зрощень і санації плевральної порожнини візуально оцінюється стан плеври. Використання напівжорсткого прямого (90 °) відеоторакокопу "Olympus" суттєво полегшує візуалізацію з одного торакопорту за рахунок рухливої дистальної частини. Після вибору місця біопсії (оптимально 4–5 ділянок) під контролем відеоторакокопу визначаємо відповідну зовнішню ділянку грудної стінки за рахунок пальпації міжреберних проміжків. В обраному місці грудної стінки ззовні асистент виконує пункцію плевральної порожнини 20 мл шприцем, посилаючи перед голкою 4 % розчин амінокапронової кислоти. Рух голки припиняємо при утворенні скупчення розчину під плеврою, таким чином відшаровуючи її. Підняту розчином амінокапронової кислоти плевру відсікаємо ендоскопічними ножицями, а незначну залишкову кровотечу зупиняємо аргоно-плазмозою коагуляцією (рис. 1).

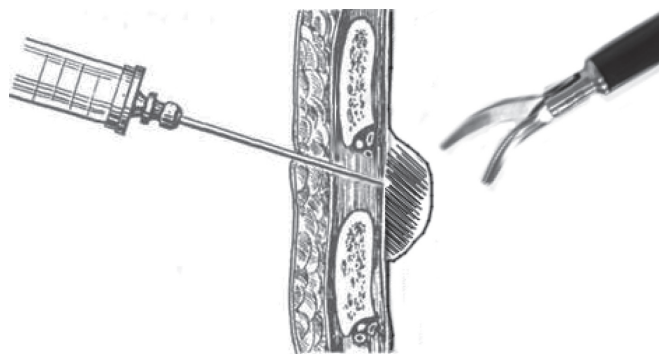


Рис. 1. Біопсія плеври.

Таке виконання біопсії плеври має наступні переваги: 1) плевра, що відсікається практично не пошкоджується, що полегшує подальше гістологічне дослідження;

2) ступінь опору рідини при відшаровуванні плеври свідчить про вираженість фіброзних змін;

3) використання амінокапронової кислоти і аргоно-плазмозою коагуляції практично виключають крововтрату при біопсії;

4) спосіб скорочує час торакокопічної біопсії плеври та вираженість больового синдрому після втручання за рахунок відмови від класичної електрокоагуляції місця біопсії.

Простота виконання та наведені переваги дозволяють рекомендувати вказаний спосіб для широкого застосування під час діагностичних торакокопій.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Авилова О.М., Гетьман В.Г., Макаров А.В. Торакоскопия в неотложной гнойной хирургии. Киев: Здоров'я. — 1986. — с.128.
2. Богуш Л.К., Жарахович И.А. Биопсия в пульмонологии. — М.: Медицина — 1977. 238 с.
3. Загаба, Л.М. Клинико-морфологические особенности синдрома плеврального выпота / Л. М. Загаба, И. В. Лискина, Л. Ф. Ломтева, Е. Л. Ковалева // Український пульмонологічний журнал. — 2016. — № 3. Додаток. — С. 22-25.
4. Лабораторные и инструментальные исследования в диагностике: Справочник / Пер. с англ. В.Ю. Халатова; Под ред. В.Н. Титова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 960 с.
5. Некрасов, Е.В. Результаты игольной биопсии плевры в диагностике экссудативных плевритов / Е.В.Некрасов, Г.В.Янова, О.В.Анастасов, В.А.Губина, О.В.Филинок, Л.Н.Буйнова, О.В.Воронкова, Е.А.Юрьева / Пульмонология. — 2012. — № 12. — С. 93-95
6. Опанасенко, М.С. Ураження легень та плеври як дебют системних захворювань сполучної

- тканини / М. С. Опанасенко, Л. І. Леванда, О. В. Терешкович, та ін. // Український пульмонологічний журнал. — 2016. — № 1. — С. 14-17.
7. Пульмонология. Национальное руководство. / Под ред. Чучалин А.Г. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 960 с.
  8. Способ диагностической биопсии плевры / Патент № 2324431 RU / Папков А.В., Щербакова Г.В., Гиллер Д.Б., Гиллер Б.М., ГОУДПО РМАПО Росздрава, ГУ ЦНИИТ РАМН // [www.findpatent.ru/patent/232/2324431.html](http://www.findpatent.ru/patent/232/2324431.html)
  9. Франтзайдес К. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия. Практическое руководство по применению лапароскопических и торакокопических технологий. М: Бином, Ст-Петербург: Невский диалект 2000; 283-313.
  10. Morrone N., Algranti E., Barreto E. Pleural biopsy with Cope and Abrams needles. // Chest. — 1987. — V.92. — p.1050-1052.
  11. Zhang W. et al. Advances in the diagnosis, treatment and prognosis of malignant pleural mesothelioma. Ann Transl Med. 2015;3 (13):182.
- 
-