

Разнатовська О.М.¹, Двізов О.В.², Бобровнича-Двізова Ю.М.¹¹ Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна² Комунальна установа «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер», м. Запоріжжя, Україна

Мезотеліома плеври у диференціальній діагностиці туберкульозного ексудативного плевриту

For cite: Aktual'naya Infektologiya. 2017;5:42-9. doi: 10.22141/2312-413x.5.1.2017.98774

Резюме. Метою роботи було на прикладі власних клінічних спостережень встановити особливості діагностики ексудативних плевритів внаслідок мезотеліоми плеври шляхом визначення інформативності та цінності застосованих діагностичних методів для подальшого використання у диференціальній діагностиці з ексудативними плевритами туберкульозної етіології. Встановлено, що всі застосовані діагностичні методи були високоінформативними, що дозволило швидко визначитися з діагнозом та призначити правильне лікування. На їх основі алгоритмом диференціальної діагностики специфічного ексудативного плевриту, викликаного мезотеліомою плеври, є рентгенографія органів грудної порожнини (по можливості — комп'ютерна томографія), ультразвукове дослідження органів грудної порожнини, цитологічне дослідження плевральної рідини, відеоторакоскопія з біопсією парієтальної плеври.

Ключові слова: мезотеліома плеври; туберкульоз; ексудативний плеврит; диференціальна діагностика

Вступ

Труднощі у диференціальній діагностиці ексудативних плевритів виникають доволі часто. Велике практичне значення у їх діагностиці, як і будь-якого захворювання, має раннє визначення етіології з метою своєчасного призначення необхідної терапії [1–3]. При цьому ексудативні плеврити частіше мають вторинний характер, визначають тяжкість перебігу основного захворювання [3]. Перше місце серед ексудативних плевритів займають плеврити туберкульозної етіології, друге — парапневмонічні, а третє місце серед причин їх виникнення посідають онкологічні захворювання [1, 2]. Серед останніх на особливу увагу заслуговує мезотеліома плеври, яка досить рано і часто ускладнюється плевральним випотом [3, 8, 9].

Мезотеліома плеври — це злоякісне новоутворення [4, 5]. Серед чоловіків захворюваність на мезотеліому плеври у 5 разів вища, ніж серед жінок (15–20 та 3 випадки на 1 млн відповідно) [6]. Причиною розвитку мезотеліоми плеври є контакт з асбестом, волокна якого

легко по лімфатичних судинах проникають в легенеvu parenхіму та субплевральний простір. Унаслідок цього уражується спочатку парієтальна плевра, на пізніших стадіях — вісцеральна, що призводить до блокади лімфатичних судин і накопиченню плеврального випоту [6]. Виділяють 3 форми цього захворювання: вузлова, дифузна та змішана.

Актуальність даної роботи у тому, що труднощі диференціальної діагностики ексудативних плевритів внаслідок мезотеліоми плеври та туберкульозної етіології можуть займати тривалий час, що є причиною затримки призначення своєчасного і правильного лікування. Етіологічна діагностика ексудативних плевритів має базуватися на комплексному підході з урахуванням даних клінічного обстеження хворого, лабораторного дослідження плеврального випоту, променевих, інструментальних, патоморфологічних і хірургічних методів [1–3, 7, 10].

Мета роботи: на прикладі власних клінічних спостережень встановити особливості діагностики ексудативних плевритів внаслідок мезотеліоми

плеври шляхом визначення інформативності та цінності застосованих діагностичних методів для подальшого використання у диференціальній діагностиці з ексудативними плевритами туберкульозної етіології.

Матеріали та методи

Аналіз 4 клінічних випадків діагностики мезотеліоми плеври у хворих з ексудативними плевритами в умовах Комунальної установи «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» (ЗОПТКД).

Клінічний випадок 1

Пацієнт А., 37 років, протягом місяця визначав погіршення загального стану за рахунок наростання задухи. При зверненні до лікаря на рентгенограмі органів грудної порожнини (РГ ОГП) та томограмі правої легені діагностовано правобічний гідроторакс (рис. 1), з чим хворий був госпіталізований до пульмонологічного відділення.

При пункції правої плевральної порожнини було видалено 1500 мл серозного ексудату. Отримав курс неспецифічної антибактеріальної терапії (НАБТ), на тлі якої динаміка була відсутня — ексудат постійно накопичувався. У результаті цього хворий був направлений на консультативний прийом до ЗОПТКД для виключення туберкульозної етіології плевриту.

У ЗОПТКД хворий був дообстежений. Тубконтакт пацієнт заперечував. На фібробронхоскопії (ФБС) діагностовано центральний рак проміжного бронха правої легені зі стенозом 2-го ст. В аспіраті промивних вод бронхів на тлі еритроцитів і формених елементів крові визначалися клітини альвеол та епітелію бронхів (з прикметами помірної гіперплазії), атипові клітини (АК) та мікобактерії туберкульозу (МБТ) виявлені не

були. При ультразвуковому дослідженні (УЗД) правої плевральної порожнини на тлі рідини (об'єм 600 см³) визначалося потовщення вісцерального листка плеври у нижніх відділах розмірами 55 × 24 мм, з чіткими рівними контурами, гіперехогенними включеннями у центральній зоні до 5 мм та без кровообігу. Хірургом було рекомендовано проведення відеоторакоскопічного (ВТС) оперативного втручання з біопсією плеври для діагностики етіології плевриту.

Таким чином, через 4 дні пацієнт надійшов до ЗОПТКД з діагнозом «правобічний ексудативний плеврит неясного генезу».

На момент надходження він скаржився на задуху при фізичному навантаженні, біль у правій половині грудної клітки, загальну слабкість.

На РГ ОГП (рис. 2) визначався правобічний гідроторакс у фазі накопичення (від переднього відрізка 5-го ребра косий рівень випоту у плевральній порожнині), у правій половині грудної клітки порушення цілісності кортикальної пластинки 10-го ребра по задній пахвовій лінії структурність легень збережена, у паренхімі легень без видимих патологічних тіней.

УЗД правої плевральної порожнини (рис. 3) дозволило виявити у нижніх відділах, на тлі великої кількості рідини (об'єм 2616 см³), округлої форми змішаної ехогенності утворення розмірами 57,7 × 51,1 мм, з горбистими контурами, гіперехогенними включеннями у центральній зоні, яке інтимно прилягало до вісцеральної плеври.

У загальному аналізі крові визначалося зниження кількості лімфоцитів (13 %) та підвищення моноцитів (13 %). Цитологічне дослідження плевральної рідини: насичено-жовтого кольору, помірно каламутна, серозного характеру, з питомою вагою 1015, білок — 33 г/л, реакція Ривальта — слабопозитивна (перехідна), еозинофілів — 5 %, лімфоцитів — 93 %, виражена

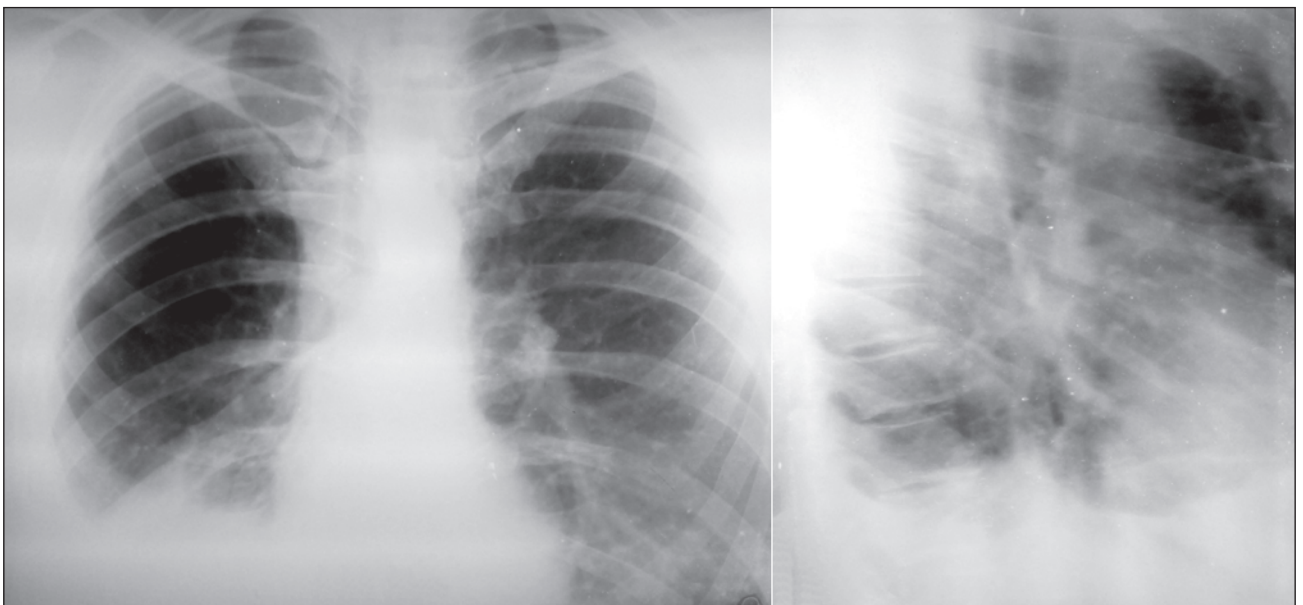


Рисунок 1. Рентгенограма органів грудної порожнини та томограма правої легені при первинному зверненні



Рисунок 2. Рентгенограма органів грудної порожнини при надходженні до ЗОПТКД

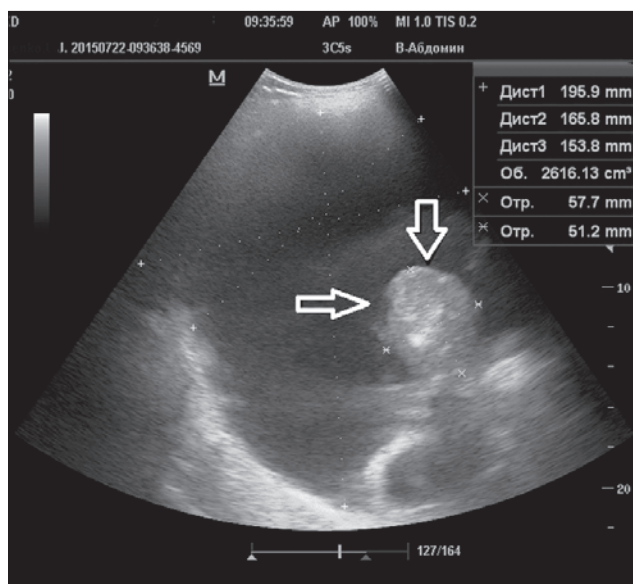


Рисунок 3. УЗД правої плевральної порожнини при надходженні до ЗОПТКД



Рисунок 4. Рентгенограма органів грудної порожнини на консультативному прийомі у ЗОПТКД

проліферація мезотелію з прикметами дистрофії в цитоплазмі, зустрічаються групи клітин зі збільшеними ядрами у ядрах клітин, МБТ не виявлені.

Діагноз мезотеліоми плеври було підтверджено під час проведення ВТС, дослідженням мазку-відбитку парієтальної плеври та морфологічно. Туберкульоз був виключений. Рекомендована консультація онколога з подальшим відповідним лікуванням.

Клінічний випадок 2

Пацієнт Б., 49 років. Зміни у легенях на флюорографі (ФГ) виявлені при черговому профілактичному огляді: лівобічний гідроторакс. Пацієнт був госпіталізований до пульмонологічного відділення. Проведено плевральну пункцію — видалено 300 см³ серозного ексудату. Отримав курс НАБТ, на тлі якої динаміка була відсутня — ексудат продовжував накопичуватися. Для виключення туберкульозної етіології плевриту пацієнт був направлений на консультативний прийом до ЗОПТКД з діагнозом «лівобічний ексудативний плеврит неясного генезу».

При надходженні до ЗОПТКД пацієнт скаржився лише на періодичний кашель зі скудним виділенням мокротиння серозного характеру. Тубконтакт пацієнт заперечував. Після УЗД була проведена повторна плевральна пункція з видаленням 950 см³ серозного ексудату. Цитологічне дослідження показало: наявність білка — 66 г/л, реакція Ривальта — позитивна, лімфоцитів — 96 %, виражена проліферація мезотелію з прикметами дистрофії в цитоплазмі, визначалися крупні поліморфні ядра у ядрах клітин, МБТ не виявлені. У мокротинні МБТ не виявлені.

На РГ ОГП (рис. 4) у 1 + 2 сегментах лівої легені діагностувалися нечітко окреслений фокус 2,5 см у діаметрі, виражене потовщення реберної плеври з чіткими та горбистими контурами, від 6-го ребра осумкована рідина у лівій плевральній порожнині. Висновок: інфільтративний туберкульоз верхньої частки лівої легені, лівобічний гідроторакс.

Висновок ФБС: інфільтративний туберкульоз правого верхньочасткового бронха, «пігментний рубець» внутрішньогрудних лімфатичних залоз (ВГЛЗ) гирла правого верхньочасткового бронха. Аспірат промивних вод бронхів представлений клітинами альвеол та епітелію бронхів, зустрічалися залозисті групи клітин з прикметами помірної гіперплазії, АК та МБТ не виявлені.

З метою верифікації діагнозу хірургом було рекомендовано проведення ВТС з біопсією парієтальної плеври в умовах ЗОПТКД.

При надходженні до стаціонару хворому була проведена комп'ютерна томографія (КТ) ОГП (рис. 5), на якій встановлено розростання пухлинних мас уздовж міжчасткової плеври лівої легені, що імітує фокус на РГ ОГП (рис. 4), з наявністю плеврального випоту. Висновок: рентгенологічна картина дифузного захворювання плеври зліва (імовірно за все — мезотеліома) з ураженням ВГЛЗ зліва та лівобічним плевритом.

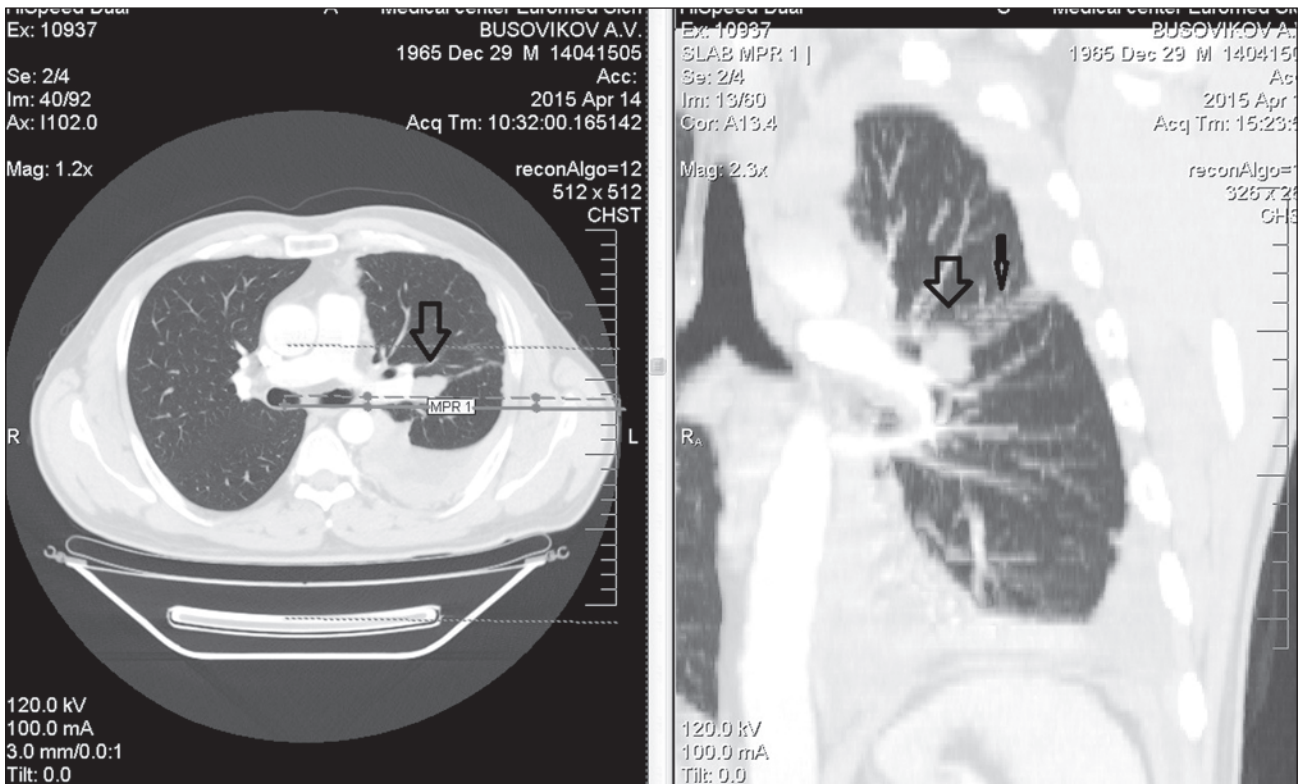


Рисунок 5. Комп'ютерна томограма органів грудної порожнини при надходженні до стаціонару ЗОПТКД

На УЗД (рис. 6) у лівій плевральній порожнині, практично по всій площі сканування, від надключичної зони до діафрагми, більше по пахових лініях відзначається нерівномірне потовщення вісцерального листка плеври до 38 мм з хвилястими чіткими контурами середньої ехогенності. Ехографія виконана на рівні нижніх відділів лівої плевральної порожнини (де добре видно потовщення вісцеральної плеври на тлі рідини).

У загальному аналізі крові діагностувалася лімфопенія (12 %) на тлі прискореної швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) до 60 мм/год, інші показники були у межах норми. МБТ у мокротинні виявлені не були.

Діагноз мезотеліоми плеври було підтверджено під час проведення ВТС, дослідженням мазку-відбитку парієтальної плеври та морфологічно. Туберкульоз був виключений. Рекомендована консультація онколога з подальшим відповідним лікуванням.

Клінічний випадок 3

Пацієнт Г., 42 роки. За півроку пацієнт переніс лівобічний ексудативний плеврит (рис. 7). Отримав курс НАБТ в умовах стаціонару центральної районної лікарні за місцем проживання. З позитивною динамікою виписаний і в подальшому у лікаря не спостерігався з власної ініціативи.

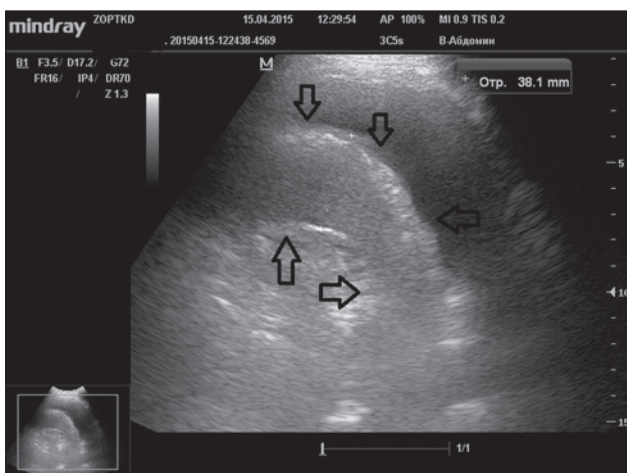


Рисунок 6. УЗД лівої плевральної порожнини при надходженні до ЗОПТКД

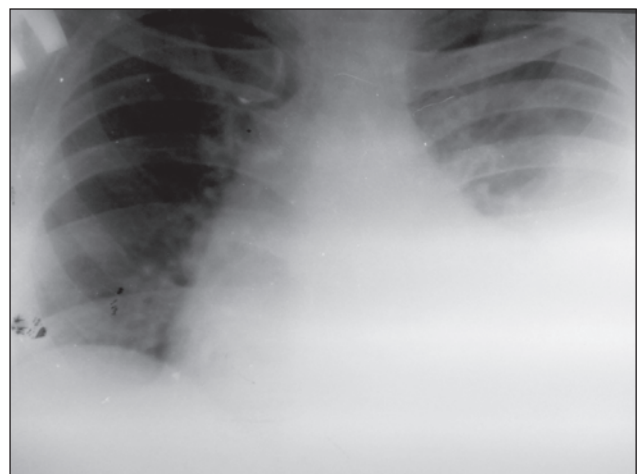


Рисунок 7. Рентгенограма органів грудної порожнини за півроку до теперішнього захворювання

На момент теперішнього захворювання, після огляду сімейного лікаря, був направлений на контрольну РГ ОГП, де діагностовано накопичення ексудату у лівій плевральній порожнині. Для виключення туберкульозної етіології плевриту пацієнт був направлений на консультативний прийом до ЗОПТКД з діагнозом «лівобічний ексудативний плеврит неясного генезу».

У ЗОПТКД хворий був дообстежений. Тубконтакт пацієнт заперечував. У мокротинні МБТ не виявлені. Показники загального аналізу крові були у межах норми. На РГ ОГП (рис. 8) у лівій плевральній порожнині від 3-го ребра діагностувалася наявність рідини (чіткий увігнутий контур) зі зміщенням органів межистиння у правий бік.

ФБС-ознаки припускали наявність інфільтративного туберкульозу В6 2-го ст. лівій легені та неопроцес у В9 правої легені. Аспірат промивних вод бронхів був представлений клітинами запалення та епітелію бронхів, зустрічалися групи клітин з прикметами тяжкої гіперплазії, АК та МБТ виявлені не були.

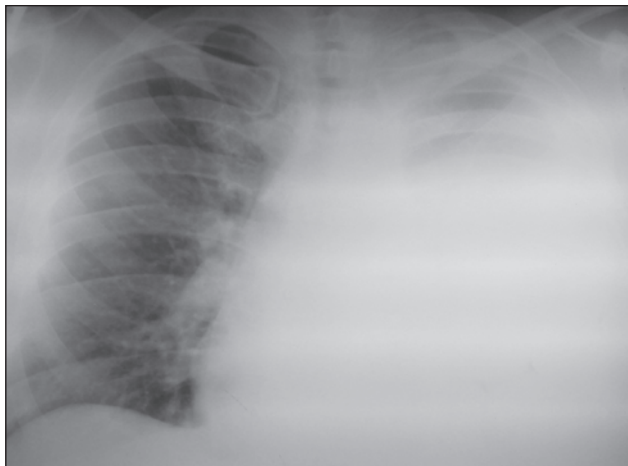


Рисунок 8. Рентгенограма органів грудної порожнини на консультативному прийомі у ЗОПТКД

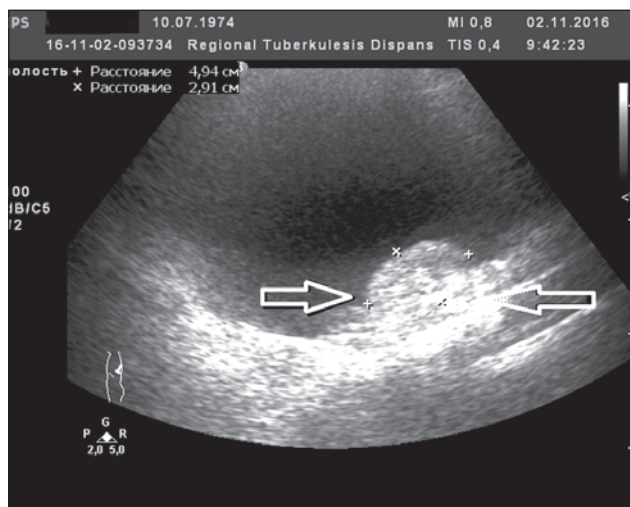


Рисунок 9. УЗД лівій плевральної порожнини при надходженні до ЗОПТКД

На УЗД лівій плевральної порожнини у задньобазальних відділах діагностувалася осумкована рідина об'ємом 900 см³. Проведена плевральна пункція з видаленням 600 см³ серозного ексудату. Цитологічне дослідження показало: наявність білка — 66 г/л, реакція Ривальта — позитивна, еритроцитів — 3/4, лейкоцитів — 1/2, лімфоцитів — 90 %, визначалися залозисті групи і симпласти клітин з дегенеративними змінами у ядрі та цитоплазмі, множинними ядерцями у ядрах клітин, зустрічалися перснеподібні клітини, МБТ не виявлені.

Хірургом було рекомендовано проведення ВТС з біопсією плеври для діагностики етіології плевриту.

При надходженні до ЗОПТК хворий скаржився на задуху при фізичному навантаженні, біль у лівій половині грудної клітки, кашель вранці, загальну слабкість.

На УЗД (рис. 9) діагностувалися такі зміни: у лівій плевральній порожнині, на тлі великої кількості вільної рідини (об'єм 1850 см³), утворення овальної форми підвищеної ехогенності 49 × 29 мм з чіткими рівними контурами, яке інтимно прилягало до вісцеральної плеври. У своїй структурі утворення містило поодинокі дрібні гіперехогенні включення.

Проведена плевральна пункція з видаленням 900 см³ серозного ексудату. Цитологічне дослідження плевральної рідини: насичено-жовтого кольору, помірно каламутна, серозного характеру, з кров'яним осадом та питомою вагою 1016, наявність білка — 66 г/л, реакція Ривальта — слабкопозитивна (перехідна), еритроцитів — 3/4, лейкоцитів — 1/3 лімфоцитів — 100 %, зустрічалися залозисті групи і комплекси клітин з прикметами дистрофії у цитоплазмі, множинними ядерцями у ядрах клітин, МБТ не виявлені.

Діагноз мезотеліоми плеври було підтверджено під час проведення ВТС, дослідженням мазка-відбитка парієтальної плеври та морфологічно. Туберкульоз був виключений. Рекомендована консультація онколога з подальшим відповідним лікуванням.

Клінічний випадок 4

Пацієнт К., 63 роки, звернувся до лікаря за місцем проживання зі скаргами на задуху при фізичному навантаженні. Проведено рентгенологічне обстеження, де виявлено двобічний ексудативний плеврит. Після курсу НАБТ пацієнту проведено КТ ОГП з контрастуванням: діагностувалося двостороннє накопичення ексудативного плевриту (до 1000 см³), у правій легені діагностувалися вузликоті потовщення плеври в проекціях наступних сегментів: С₃ — 45 × 15 мм та 10 × 6 мм, С₅ — 13 × 29 мм та С₁₀ — 36 × 25 мм. Висновок: КТ-прикмети правосторонньої мезотеліоми плеври, одиничне вторинне вогнище у правій легені; медіастинальна лімфаденопатія; двобічний ексудативний плеврит; гемангіома Th12; вогнище у лівій наднирковій залозі ймовірно вторинного генезу; грижа стравохідного отвору діафрагми 2–3-го ст.

Для виключення туберкульозної етіології плевриту пацієнт був направлений на консультативний прийом до ЗОПТКД з діагнозом «двобічний ексудативний плеврит неясного генезу».

У ЗОПТКД хворий був дообстежений. Тубконтакт пацієнт заперечував. У мокротинні МБТ не виявлені. Хворий скаржився на задуху при фізичному навантаженні, біль у грудній клітці, загальну слабкість. У загальному аналізі крові визначалося лише прискорення ШОЕ до 30 мм/год. На РГ ОГП (рис. 10) діагностувалися посилення та деформація легеневого рисунка, потовщення правобічної плеври, ущільнення коренів легень, наявність вільної рідини в обох синусах (більше у лівій половині).

Проведена плевральна пункція з видаленням 500 см³ геморагічного ексудату з правої плевральної порожнини та 200 см³ геморагічного ексудату з лівої. Цитологічне дослідження плевральної рідини: наявність білка — 33 г/л, реакція Ривальта — позитивна, еритроцитів — 3/4, лейкоцитів — 30–40 у п/з, еозинофілів — 8 %, лімфоцитів — 70 %, слабо виражена проліферація мезотелію, зустрічалися накопичення клітин з дистрофічними змінами у цитоплазмі, ядрцями у ядрах клітин, МБТ не виявлені.

Хірургом було рекомендовано проведення ВТС з біопсією плеври для діагностики етіології плевриту.

При надходженні до ЗОПТКД на УЗД (рис. 11) у нижніх відділах лівої плевральної порожнини, у проекції латерального синуса, прилегло до діафрагми і вісцерального листка плеври діагностувалося утворення середньої ехогенності розмірами 32 × 12 мм на тлі гіпоехогенної рідини. У своїй структурі утворення містить численні гіперехогенні дрібні (до 2 мм) включення. У товщі утворення простежується потужний кровообіг (2 стрілки).

Проведена плевральна пункція з видаленням 800 см³ серозного ексудату. Цитологічне дослідження плевральної рідини: світло-жовтого кольору, помірно каламутна, з питомою вагою 1016, наявність білка — 66 г/л, реакція Ривальта — позитивна, еритроцитів — 3/4, лейкоцитів — 1/3, лімфоцитів — 90 %, зустрічалися



Рисунок 10. Рентгенограма органів грудної порожнини на консультативному прийомі у ЗОПТКД

залозисті групи клітин з прикметами дистрофії у цитоплазмі, з крупними поліморфними ядрцями у ядрах клітин, МБТ не виявлені.

ФБС-висновок: трахеобронхіальне дерево без патології. Аспірат промивних вод бронхів був представлений клітинами запалення, клітинами альвеол та епітелію бронхів, зустрічалися поодинокі залозисті групи клітин з прикметами помірної гіперплазії, АК та МБТ не виявлені.

Діагноз мезотеліоми плеври було підтверджено під час проведення ВТС, дослідженням мазка-відбитка парієтальної плеври та морфологічно. Туберкульоз був виключений. Рекомендована консультація онколога з подальшим відповідним лікуванням.

Висновки

Під час проведення диференціальної діагностики ексудативного плевриту неясного генезу діагностовано 4 випадки захворювання на мезотеліому плеври.

У всіх випадках спостерігалися наступні схожі прояви мезотеліоми плеври:

- пацієнти були чоловічої статі;

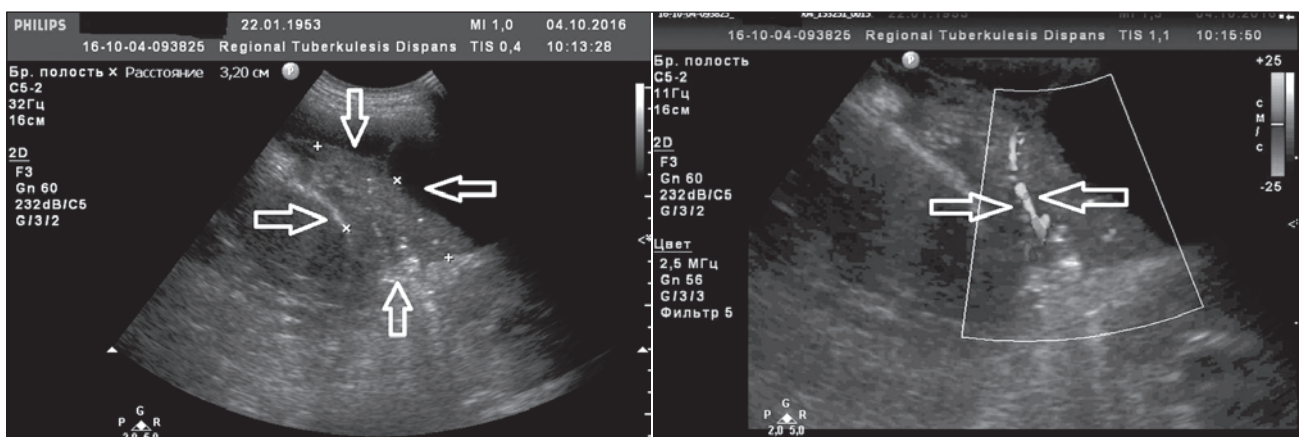


Рисунок 11. УЗД лівої плевральної порожнини при надходженні до ЗОПТКД

— хворі скаржилися на задуху при фізичному навантаженні, біль у грудній клітці (з боку локалізації мезотеліоми), загальну слабкість, періодичний кашель;

— заперечували тубконтакт;

— у загальному аналізі крові визначалася лише лімфопенія на тлі прискореної швидкості осідання еритроцитів;

— МТБ не виявлено у жодному випадку;

— неухильне накопичення ексудату, незважаючи на систематичну його евакуацію;

— цитологічне дослідження плевральної рідини характеризувалося помірною каламутністю, серозним (серозно-геморагічним) характером, з питомою вагою 1015–1016, підвищенням білка до 33–66 г/л, позитивною реакцією Ривальта, лімфоцитозом 93–100 %, проліферацією мезотелію з прикметами дистрофії в цитоплазмі, групами клітин зі збільшеними ядерцями у ядрах клітин;

— аспірат промивних вод бронхів (навіть при відсутності патології трахеобронхіального дерева) представлений клітинами альвеол та епітелію бронхів, залозистими групами клітин з прикметами гіперплазії;

— УЗ-прикметами мезотеліоми плеври є: виявлення на тлі рідини округлої форми, різної ехогенності, розмірів та кількості (залежно від форми: вузликів чи дифузних), з чіткими контурами утворень, що інтимно прилягає до вісцеральної плеври та часто в своїй структурі містить від поодиноких до численних дрібних гіперехогенних включень;

— у всіх випадках підозра на мезотеліому плеври була підтверджена під час проведення ВТС, дослідженням мазка-відбитка парієтальної плеври та морфологічно. Туберкульоз був виключений. Рекомендована консультація онколога з подальшим відповідним лікуванням.

Усі застосовані діагностичні методи були високоінформативними, що дозволило швидко визначитися з діагнозом та призначити правильне лікування. На їх основі алгоритмом диференціальної діагностики специфічного ексудативного плевриту, викликаного мезотеліомою, плеври є рентгенографія органів грудної порожнини (по можливості — комп'ютерна томографія),

ультразвукове дослідження органів грудної порожнини, цитологічне дослідження плевральної рідини, відеоторакоскопія з біопсією парієтальної плеври, дослідження мазка-відбитка плеври та патогістологічне дослідження біопсійного матеріалу.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References

1. Raznatovs'ka OM, Bobrovny'cha-Dvizova YuM, Dvizov OV, Bendus MV, Fedchenko TS. Tuberculous pleurisy: pleurisy differential diagnosis of various etiologies. *Medychni perspektyvy*. 2012;3;73-76 (in Ukrainian).
2. Dyusmykeeva MY, Gorenjuk DY, Kozlova OA, Skryagyna EM, Skryagyn AE, Zaluczskaya OM. Differential diagnosis of pleural effusions. *Meditinskaja panorama*. 2014;7;66-67 (in Russian).
3. Ovchynnykov AA. Diagnosis and differential diagnosis of pleural effusion. *Atmosfera. Pul'monologija i allergologija*. 2006;3;2-9 (in Russian).
4. Manskyx VN, Goncharova OS. Mixed mesothelioma pleural metastasis in the myocardium in mice BALB/C. *Sibirskii onkologicheskii zhurnal*. 2014;3;78-80 (in Russian).
5. Yablonskyj PK., Petrov AS. Malignant pleural mesothelioma. *Prakticheskaja onkologija*. 2006;3;179-188 (in Russian).
6. Chaplenko SV, Husay'nova LK, Yakymecz SA. Pleural mesothelioma. *Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny*. 2010;3(2);130-131.
7. Safonov VYe, Kravchenko KV, Bondarevs'kyj AO, Dudla DI. Application videothoracoscopy in the diagnosis and treatment of diseases of the chest. *Tavricheskii mediko-biologicheskii vestnik*. 2011;4, 1(56);181-184 (in Ukrainian).
8. Addis B, Roche H. Problems in mesothelioma diagnosis. *Histopathology* 2009;3;78-80.
9. Tischoff I, Neid M, Neumann V, Tannapfel A. Pathohistological diagnosis and differential diagnosis. *Malignant mesothelioma*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg. 2011; 57-78.
10. Walters J, Maskell Nick A. Biopsy Techniques for the Diagnosis of Mesothelioma. *Malignant mesothelioma*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg. 2011; 45-55.

Отримано 20.01.2017 ■

Разнатовская Е.Н.¹, Двизов А.В.², Бобровнича-Двизова Ю.М.¹

¹ Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

² Коммунальное учреждение «Запорожский областной противотуберкулезный клинический диспансер», г. Запорожье, Украина

Мезотелиома плевры в дифференциальной диагностике туберкулезного экссудативного плеврита

Резюме. Целью работы было на примере собственных клинических наблюдений установить особенности диагностики экссудативных плевритов вследствие мезотелиомы плевры путем определения информативности и ценности примененных диагностических методов для дальнейшего использования в дифференциальной диагностике с экссудативным плевритом туберкулезной этиологии. Установлено, что все примененные диагностические методы были высокоинформативными, что позволило быстро определиться с диагнозом

и назначить правильное лечение. Алгоритмом дифференциальной диагностики специфического экссудативного плеврита и при мезотелиоме плевры являются рентгенография органов грудной полости (при возможности — компьютерная томография), ультразвуковое исследование органов грудной полости, цитологическое исследование плевральной жидкости, видеоторакоскопия с биопсией парієтальної плеври.

Ключевые слова: мезотелиома плевры; туберкулез; экссудативный плеврит; дифференциальная диагностика

O.M. Raznatovskaya¹, O.V. Dvizov², Yu.M. Bobrovnich-Dvizova¹

¹ Zaporizhia State Medical University, Zaporizhia, Ukraine

² Municipal Institution "Zaporizhzhia Regional Antituberculous Clinical Dispensary", Zaporizhia, Ukraine

Pleural mesothelioma in differential diagnostics of a tubercular exudative pleuritis

Abstract. Background. Difficulties of differential diagnostics of exudative pleuritis due to pleura mesothelioma and such one of tubercular etiology can take a long time that is the reason of delayed well-timed and correct treatment order. Etiological diagnostics of exudative pleuritis has to be based on an integrated approach taking into account the data of clinical inspection of a patient, a laboratory research of pleural exudate, radial, instrumental, pathomorphological and surgical methods. The **aim** of our study is to establish the features of diagnosis of exudative pleuritis due to pleura mesothelioma by determining of informativeness and value of applied diagnostic methods for further use for differential diagnostics with exudative pleuritis of tubercular etiology on the cases of own clinical observations. **Materials and methods.** Four clinical cases of diagnostics of pleura mesothelioma in the patients with exudative pleuritis at Municipal Institution "Zaporizhzhia Regional Antituberculous Clinical Dispensary" were analyzed. **Results.** Four cases of pleura mesothelioma were diagnosed at Municipal Institution "Zaporizhzhia Regional Antituberculous Clinical Dispensary" within differential diagnostics of exudative pleuritis of obscure origin. In all cases the following similar features of pleura mesothelioma were observed: patients were male; patients complained about dyspnoea at exercise stress, thorax pain (on the side of mesothelioma localization), general weakness, periodic cough; the patients denied tuberculosis contact; the general blood test revealed only lymphopenia against the background of the accelerated ESR; micobacteria of tuberculosis were not revealed at all; steady accumulation of an exudate, despite its systematic evacuation; cytologic

research of pleural liquid was characterized by a moderate turbidity, serous (serous and hemorrhagic) character, with the specific weight of 1015–1016, rising of protein to 33–66 g/l, positive Rivalta's test, a lymphocytosis of 93–100 %, a proliferation of mesothelium with dystrophia signs in cytoplasm, groups of cells with enlarged nucleoluses in cell cores; aspirate of epithelial lining fluid (even in the absence of pathology of a tracheobronchial tree) is presented by alveolus cells and bronchial epithelium, glandular groups of cells with hyperplasia signs; typical signs of pleura mesothelioma of pleural cavity at ultrasound examination were: identification of formations of rounded shape, various echogenicity, the sizes and quantity (depending on a form: nodular or diffusive), with accurate contours of masses which intimately adjoins to visceral pleura and the structure often contains from single to numerous small hyperechogenic inclusions against the background of liquid; in all cases video-assisted thoracoscopy data of visceral pleura was confirmed by pathohistological examination. **Conclusions.** All applied diagnostic methods were high-informative that allowed quickly diagnose and prescribe the correct treatment. On their basis the algorithm of differential diagnostics of specific exudative pleuritis and caused pleura mesotheliomas were roentgenography of thoracic organs (if possible computer tomography), an ultrasonic examination of thoracic organs, cytologic research of pleural liquid, video thoracoscopy with biopsy of parietal pleura, research of pleura smear and pathohistological examination of biopsy material.

Keywords: pleura mesotheliomas; tuberculosis; exudative pleuritis; differential diagnostics