



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45855 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 10/00
G01N 33/48

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЕКСУДАТИВНИХ ПЛЕВРИТІВ

1

(21) u200906784
(22) 30.06.2009
(24) 25.11.2009
(46) 25.11.2009, Бюл. № 22, 2009 р.
(72) ПРИТУЛЯК СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ЛИСЕНКО СЕРГІЙ АНДРІЙОВИЧ
(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

2

(57) Спосіб діагностики ексудативних плевритів, що передбачає проведення торакоцентезу із видаленням плеврального ексудату та цитологічне дослідження мазків, який **відрізняється** тим, що евакуйований ексудат фільтрують за допомогою фільтруючого елемента, а мазки для цитологічного дослідження виконують з фільтруючої сітки на предметне скло.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до торакальної хірургії, і може бути використана для встановлення етіології первинних та вторинних ексудативних плевритів, в т.ч. злоякісних.

Відомим способом діагностики ексудативних плевритів є торакоцентез із видаленням плеврального ексудату, його відстоюванням або центрифугуванням із послідовним цитологічним дослідженням осаду [Паламарчук І. Д. Комплексна диференціальна діагностика плеврального выпота /І. Д. Паламарчук, Д. В. Чешенко, В. М. Нерянов //Запорожский медицинский журнал. - 2002. -№ 5. -С. 36-38; Новые возможности в диагностике экссудативных плевритов неясной этиологии /И. В. Лыскина, Е. И. Суслов, Н. С. Опанасенко, В. В. Куц //Український пульмонологічний журнал. - 2007. - № 1. - С. 47-50].

Недоліком відомого способу є те, що затрачається багато часу на отримання осаду, неможливість дослідити весь ексудат при його великій кількості, необхідність спеціального обладнання (центрифуга, герметична одноразова ємкість для збору ексудату, що виключає можливість потрапляння сторонніх компонентів в ексудат із навколишнього середовища), витрати великої кількості людино-часу для одного дослідження, неможливість виконання експрес-досліджень за цією методикою.

В основу корисної моделі "Спосіб діагностики ексудативних плевритів" поставлено завдання підвищити точність морфологічної діагностики плевритів шляхом збагачення цитологічного матеріалу.

Поставлене завдання досягається способом, що передбачає торакоцентез, евакуацію ексудату,

згідно з корисною моделлю, включення в систему для евакуації фільтруючого елемента, дослідження отриманого фільтрату шляхом цитологічного дослідження мазків фільтрату.

В процесі дослідження плеврального ексудату виділяють 3 етапи:

- 1) взяття зразку біологічного матеріалу - проводиться клінічним персоналом;
- 2) приготування мазка (препарату) - проводиться клінічним та лабораторним персоналом;
- 3) цитологічне дослідження мазка - проводиться лабораторним персоналом.

Запропонований нами спосіб має відношення до першого етапу дослідження плеврального ексудату (оригінальна методика забору біологічного матеріалу).

Спосіб здійснюється таким чином. В систему для евакуації плеврального ексудату включають фільтруючий елемент - фільтр від стандартної системи для переливання крові (малюнок). Відомо, що фільтруюча сітка даного елемента має вічко розміром 200 мкм, що дозволяє затримувати на ній пухлинні клітини та кластери, розмір яких більший за розміри еритроцита (останній вільно проходить через фільтруючу сітку).

Таким чином, ми отримуємо накопичення клітинного матеріалу на фільтруючому елементі, уникаючи накопичення елементів крові, які можуть бути присутніми при травмуванні судин грудної стінки при торакоцентезі та при геморагічному характері плевриту. Це підвищує інформативність мазку, відповідаючи принципам забору експлоативного матеріалу та забезпечує точність результату дослідження.

Наступний етап - це розбір фільтруючого елемента із дотриманням всіх вимог індивідуальної

UA (19) 45855 (13) U

безпеки при роботі з біологічними середовищами та виконання мазка-відбитка на предметне скло з послідуною доставкою його в цитологічну лабораторію для дослідження.

Отже, ми досягаємо морфологічної верифікації діагнозу ексудативного плевриту, особливо злоякісної етіології, майже у всіх випадках з першого сеансу торакоцентезу, коли відомо, що при традиційній методиці необхідно багаторазові плевральні пункції для підтвердження діагнозу.

Запропонований спосіб діагностики ексудативних плевритів із підозрою на злоякісну природу останніх, може бути застосований як в умовах спеціалізованих торакальних стаціонарів, так і в закладах загальної мережі. Також він може бути використаний для термінової діагностики плевритів.

Спосіб має значний економічний ефект, не вимагає значних матеріальних витрат, даючи при цьому високий рівень інформативності цитологічних досліджень.

Клінічна цінність достовірності результату цитологічного дослідження надзвичайно висока, беручи до уваги медичні та етичні наслідки неправильного діагнозу. Тому запропонована методика дає можливість суттєво підвищити точність морфологічної оцінки ексфолювативного матеріалу і, відповідно, діагностику пухлин та непухлинних вражень.

Клінічний приклад.

Хворий Кірюшатов Г.І., 1936 року народження, поступив у торакальне відділення ВОКОД 15.10.2007 року із скаргами на болі в грудній клітці зліва, задишку при помірному фізичному навантаженні, кашель із виділенням невеликої кількості харкотиння. Рентгенологічно: правосторонній гідроторакс. 16.10.2007 року хво-

рому виконана плевральна пункція зліва з фільтрацією ексудату. При цьому евакуйовано 1000 мл серозно-геморагічного ексудату, а мазки з фільтрату відправлено на цитологічне дослідження. Отримано цитологічне заключення №18886-90 від 17.10.2007 р.: мезотеліома. Хворому виставлено заключний клінічний діагноз: Мезотеліома плеври зліва, рT₂N₀M₀, I ст., II клін. група. Реактивний ексудативний плеврит зліва. ІХС, постінфарктний міокардіосклероз. СН I ст. Гіпертонічна хвороба III ст. Хворому враховуючи супутню патологію проведено внутрішньоплевральну ПХТ: етопозид 100 мг та циклофосфан 600 мг.

Клінічний приклад.

Хвора Ковбаса В.О., 1947 року народження, поступила у торакальне відділення ВОКОД 12.10.2006 року із скаргами на значну задишку при фізичному навантаженні. З анамнезу встановлено: у 1989 році виконана мастектомія зліва, потім 12 курсів ПХТ. Близько 1 року тому у хворої виявлено метастази в кістки. Отримала 2 курси радіоактивного фосфору, зомету та бонифос. Клініка задишки з'явилась 3 місяці тому та поступово наростала. Рентгенологічно: двохсторонній гідроторакс. 12.10.2006 року хворій виконана плевральна пункція справа з фільтрацією ексудату. Евакуйовано 500 мл світлого ексудату, мазки з фільтрату відправлено на цитологічне дослідження. Отримано цитологічне заключення №18207-18 від 12.10.2006р.: клітини аденокарциноми. Хворій виставлено заключний клінічний діагноз: Рак лівої грудної залози, метастази в плевру з обох сторін, кістки, IV клін. група. Двохсторонній канцероматозний плеврит. ІХС, дифузний міокардіосклероз. Хворій проведено паліативну внутрішньоплевральну ПХТ: блеоцин 15 мг та карбоплатин 450 мг.

