

Экссудативный плеврит редкой этиологии

Н.И. Вязьменова, Т.Н. Чижова, А.Г. Киргинцев, Б.А. Тюников, Т.И. Авдюхина, О.Б. Маркова, Е.И. Комарова

Мужчина 47 лет был госпитализирован в клинику с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха, лихорадку. За 2 мес до этого пациент отметил появление сухого кашля, повышение температуры тела, дискомфорт в груди. К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. В день госпитализации появились резкая боль в левой половине грудной клетки и одышка, температура тела поднялась до 39°C. Госпитализирован с диагнозом: ишемическая болезнь сердца. Из эпидемиологического анамнеза известно, что предшествующим летом пациент находился в командировке в Астраханской области.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Частота дыхания 16 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы, левая ее половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии определяется притупление над нижней долей левого легкого. При аускультации над областью притупления дыхание ослабленное, ниже угла левой лопатки в фазу вдоха выслушиваются немногочисленные влажные мелкопузырчатые хрипы. Частота сердечных сокращений 80 в 1 мин, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости и почек патологии не выявлено.

При рентгенографии грудной клетки определяются инфильтративные изменения в нижней доле и языковых сегментах левого легкого с реакцией плевры. В левой плевральной полости имеется жидкость до уровня переднего отрезка VI ребра, толщина ее слоя в латеропозиции 3,5 см. Стенки сегментарных бронхов уплотнены. Правый купол диафрагмы на обычном уровне. Синусы свободны. Тень сердца не расширена, аорта умеренно уплотнена.

В клиническом анализе крови отмечалось увеличение СОЭ до 32 мм/ч, эозинофилия 11%, остальные показатели соответствовали норме. В биохимическом анализе крови определялось повышение уровней острофазовых показателей: фибриноген – 7,0 г/л, серомукоид – 1,2 ед., С-реактивный белок – 40 мг/л. Мокроты не получено. Анализы мочи в пределах нормы.

На основании клинических и рентгенологических данных поставлен диагноз: пневмония в нижней доле слева, реактивный экссудативный плеврит.

С момента поступления начата антибиотикотерапия цефалоспорином (лендацин 2,0 г/сут) в комбинации с амикацином 1,0 г/сут. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика: нормализовалась температура тела, пациент жалоб не предъявлял. Определялось притупление перкуторного звука над базальными отделами нижней доли левого легкого, при аускультации над этой областью дыхание несколько ослаблено, хрипы не выслушиваются.

На 12-й день лечения была проведена контрольная рентгенография грудной клетки, при которой также отмечалась положительная динамика: восстановилась прозрачность легочной ткани в языковых сегментах, повысилась прозрачность легочной ткани в нижней доле, уменьшилось количество жидкости в левой плевральной полости (толщина ее слоя в латеропозиции до 1,5 см).

В связи с сохраняющейся инфильтрацией легочной ткани и остаточным уровнем жидкости пациенту продолжена антибиотикотерапия (азитромицин перорально 250 мг/сут, 5 дней), с противовоспалительной целью назначен короткий курс глюкокортикостероидов (преднизолон перорально 20 мг/сут, 10 дней). На фоне проводимой терапии состояние пациента оставалось удовлетворительным, жалоб не предъявлял. Температура тела нормальная. Однако при аускультации увеличился участок ослабленного дыхания слева, хрипы не выслушивались. При контрольной рентгенографии грудной клетки через 10 дней отмечена отрицательная динамика – увеличилось количество жидкости в левой плевральной полости, толщина слоя жидкости в латеропозиции – 3 см.

С учетом отрицательной динамики на фоне приема глюкокортикостероидов проводилась дифференциальная диагностика с туберкулезом легких и раком легкого. При бронхоскопии выявлен строго ограниченный левосторонний бронхит, лаважная жидкость – без особенностей. При диагностической торакокопии в левой плевральной полости обнаружены множественные нитевидные сращения и серозный экссудат желтого цвета с фибрином. Висцеральная плевра гладкая, матовая. Костальная плевра гипертрофирована, отечна, с налетами фибрина. Межреберья практически не визуализируются. В заднем синусе имеется участок костальной плевры белесоватого цвета до 15 мм в

Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России.

Н.И. Вязьменова, Т.Н. Чижова, А.Г. Киргинцев, Б.А. Тюников, Т.И. Авдюхина, О.Б. Маркова, Е.И. Комарова.

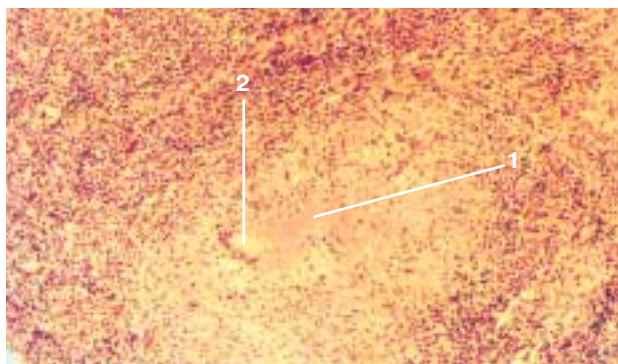


Рис. 1. Очаги гранулематозного воспаления с некротическими фокусами (1) и наличием гигантских клеток инородных тел (2). Окраска гематоксилином и эозином. $\times 400$.



Рис. 2. Продольный срез гельминта (*Dirofilaria repens*) с хорошо различимой кутикулой (1) и кишечной трубкой (2). Окраска гематоксилином и эозином. $\times 800$.

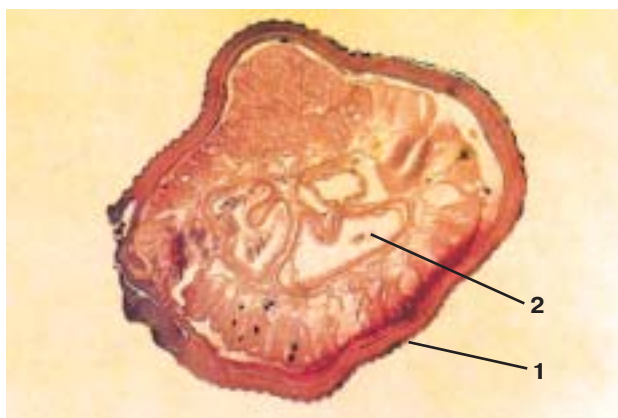


Рис. 3. Поперечный срез *D. repens* с характерными кутикулярными гребнями (1) и кишечной трубкой (2). Окраска гематоксилином и эозином. $\times 800$.

диаметре. Лимфатические узлы корня легкого и средостения не визуализируются. Проведено полное скисывание пораженного участка плевры в виде 4 фрагментов плевры.

Цитологическое исследование отпечатка выявило картину гранулематозного воспаления. При гистологическом исследовании фрагментов плевры выявлены грануляции с

очагами гранулематозного воспаления и наличием гигантских клеток, очажками некроза с перифокальной гнойной инфильтрацией, а также фрагменты хитиновых оболочек и части гельминта *Dirofilaria repens* (рис. 1–3). После получения гистологических результатов и консультации Т.И. Авдюхиной пациенту поставлен диагноз: левосторонний экссудативный плеврит паразитарной этиологии (дирофиляриоз плевры).

Проводилась терапия нестероидными противовоспалительными препаратами с положительной клинической динамикой. Аускультативно над нижней долей левого легкого в базальных отделах несколько ослабленное дыхание, хрипы не выслушиваются; над остальными отделами легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Острофазовые показатели и данные клинического анализа крови – в пределах нормы (эозинофилы – 5%).

При рентгенографии грудной клетки инфильтрации в легочной ткани нет. В наддиафрагмальной зоне слева имеется небольшой участок снижения прозрачности легочной ткани, утолщена диафрагмальная плевра. Латеральный синус облитерирован, определяется минимальное количество жидкости в левой плевральной полости (в латеропозиции толщина слоя 0,3 см).

Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение пульмонолога. При контрольной рентгенографии грудной клетки через 3 мес инфильтративных изменений в легких и жидкости в плевральной полости не выявлено.

Обсуждение

Хотя традиционно филяриидозы считаются “экзотическими” заболеваниями, их можно встретить и в странах с умеренным климатом. В частности, к ним относятся дирофиляриозы – трансмиссивные гельминтозы, вызываемые паразитированием неполовозрелых нематод *Dirofilaria repens* и *Dirofilaria immitis*.

На территории Российской Федерации выявляются в основном случаи дирофиляриоза, вызываемого *D. repens*. Эти нематоды относятся к подроду *Nochtiella*, паразитируют у животных (кошки, собаки, лисы), но могут в отдельных случаях поражать и человека.

К настоящему времени зарегистрировано более 600 случаев дирофиляриоза у человека, при этом наибольшее число заболеваний, вызванных *D. repens*, отмечается в Средиземноморском регионе, в частности в Италии – 178. В Российской Федерации выявлено около 300 случаев инвазии *D. repens* (внелегочной локализации): наибольшее число местных случаев обнаружено в Астраханской области (40), Краснодарском крае (27), Волгоградской (34), Саратовской, Нижегородской, Ростовской и Воронежской областях. В других странах мира (США, Япония, Бразилия, Австралия) описано около 180 случаев дирофиляриозов, однако они вызваны другим видом дирофилярий – *D. immitis*.

Жизненные циклы возбудителей дирофиляриозов сходны, а основное различие связано с локализацией

гельминта в организме человека. Человек является случайным хозяином паразита и “биологическим тупиком” для его жизненного цикла.

Дирофилярии наиболее часто локализуются в подкожной клетчатке. У лиц, инвазированных *D. repens*, с момента заражения до появления опухолевидного уплотнения, в котором находится гельминт, отмечается инкубационный период продолжительностью от 1 мес до 1 года (и более). Прогномальный период нехарактерен (как и лихорадка, и другие проявления интоксикации), показатели периферической крови обычно не отклоняются от нормы.

Первым симптомом заболевания становится безболезненная опухоль, сопровождающаяся локальным зудом или жжением разной степени интенсивности. Характерна миграция гельминта под кожей на ранних стадиях инвазии, пока он не подвергся инкапсуляции. Расстояние, на которое перемещается гельминт, достигает нескольких десятков сантиметров, скорость миграции – до 30 см за двое суток. Наиболее часто *D. repens* локализуется под кожей век или конъюнктивой (46% случаев), далее в порядке убывания следуют голова и шея, туловище, верхние и нижние конечности.

Диагноз основывается на данных морфологического исследования. В тканях определяется картина хронического гранулематозного воспаления с наличием гигантских клеток, которые обнаруживают вокруг инородных тел. В некоторых случаях выявляются множественные мелкие абсцессы, окружающие нематоду (реже – истинный абсцесс). Гранулема окружена фибробластами, эпителиоидными и плазматическими клетками, формирующими стенку псевдокисты. На серийных гистологических срезах при рутинных окрасках хорошо различимы структуры филарии: кутикула, кутикулярные гребни, половые трубочки, кишечник, латеральные хорды. В случаях легочной локализации гельминт обычно обнаруживается внутри тромбированной артерии в периферических отделах легкого, рентгенологически небольшая область инфаркта легкого определяется как затемнение.

Дирофиляриоз из-за роста числа заболевших и расширения зоны его распространения приобретает всё большую актуальность. В литературе о дирофиляриозе легких имеется всего 10 сообщений, 8 случаев из которых зарегистрировано в Италии. Представленный случай дирофиляриоза с поражением плевры, вызванного *D. repens*, является первым в литературе, а также одним из немногих известных случаев локализации дирофилярий в легком.

Клинические проявления данного заболевания были неспецифическими (высокая лихорадка, кашель, боли в грудной клетке), а необходимость дифференциальной диагностики была продиктована неэффективностью лечения. При расширенном обследовании, включавшем торакоскопию с последующим гистологическим исследованием удаленного материала, выявлен гельминт *D. repens* и установлена паразитарная этиология экссудативного плеврита. Это клиническое наблюдение показывает возможность миграции дирофилярий в глубокие ткани, в силу чего местом окончательной локализации паразита могут становиться и внутренние органы. Таким образом, этиология экссудативного плеврита наряду с частыми заболеваниями (пневмония, туберкулез, опухоль) может включать и такую редкую патологию, как дирофиляриоз. Специфического консервативного лечения данного гельминтоза в настоящее время не существует – только полное хирургическое удаление пораженного участка приводит к выздоровлению.

Рекомендуемая литература

- Авдюхина Т.И. Проблема дирофиляриоза (*Dirofilaria repens*) в Российской Федерации // Современные проблемы эпиднадзора за паразитами: Матер. совещ. М., 2002. С. 61–65.
- Авдюхина Т.И. и др. // Мед. паразитол. 1997. № 4. С. 3.
- Постнова В.Ф. и др. // Мед. паразитол. 1997. № 1. С. 6.
- Canestri-Trotti G. et al. // Parassitologia. 1997. V. 39. P. 369.
- Pampiglione S. et al. // Diagn. Microbiol. Infect. Dis. 1999. V. 34. № 1. P. 57.
- Pampiglione S. et al. // Histopathology. 1996. V. 29. № 1. P. 69.
- Pampiglione S. et al. // Histopathology. 2001. V. 38. № 4. P. 344.



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Нервные болезни”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 80 руб., на один номер – 40 руб.

Подписной индекс 81610.