

Объемные образования в легком у 55-летнего мужчины

И.Э. Степанян, И.А. Соколова, Д.Б. Гиллер, Ю.Р. Зюзя

Жалобы и анамнез

Мужчина 55 лет поступил в клинику ЦНИИ туберкулеза РАМН 10 апреля 2007 г. для обследования в связи с выявленными на рентгенограмме изменениями в легких. На момент госпитализации жалобы отсутствовали.

Со 2 февраля 2007 г. пациента беспокоили сухой кашель, повышение температуры тела до 38,7°C, слабость, потливость. На флюорограмме был выявлен участок инфильтрации в верхней доле правого легкого. В результате амбулаторного обследования был исключен туберкулез, установлен диагноз внебольничной пневмонии. Амбулаторно получал лечение линезолидом с положительным эффектом (нормализовалась температура тела, уменьшились кашель, слабость). Антибактериальное лечение было продолжено кларитромицином, затем азитромицином. Рентгенологические изменения в легких уменьшились незначительно, в связи с чем пациент был госпитализирован, проводилось лечение цефотаксимом, ацетилцистеином ингаляционно. Самочувствие пациента нормализовалось, однако на рентгенограмме от 21.03.07 г. в аксиллярном сегменте правого легкого определялся участок уплотнения легочной ткани по типу дистелектаза с просветлением в центре, на фоне уплотненной легочной ткани прослеживались просветы бронхов среднего калибра.

Состояние пациента при поступлении было удовлетворительным. Физикальные данные не обнаруживали отклонений от нормы. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Данные обследования

При компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки от 03.04.2007 г. наряду с участком уплотнения легочной ткани в аксиллярном сегменте в проекции I–II сегментов правого легкого субплеврально определялись фо-

кусы уплотнения однородной структуры с тяжистыми интерстициальными тенями по периферии (рис. 1).

Проба Манту с 2 ТЕ положительная – папула 14 мм. Уровень иммуноглобулина G к микобактерии туберкулеза повышен до 314 мкг/мл.

В клиническом анализе крови: гемоглобин – 148 г/л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 43%, эозинофилы – 0,5%, лимфоциты – 40%, моноциты – 12,5%, СОЭ – 3 мм/ч.

Показатели спирометрии в пределах нормы.

При бронхоскопии 11.04.2007 г. наблюдалась картина незначительно выраженного двустороннего диффузного катарального неспецифического эндобронхита. При цитологическом исследовании чрезбронхиальной биопсии выявлены участки выраженной лимфоидной инфильтрации, скопления нейтрофилов и макрофагов на фоне клеток цилиндрического и кубического эпителия. Кислотоустойчивые палочки отсутствовали. В гистологических препаратах материала чрезбронхиальной биопсии наблюдались признаки хронического неспецифического воспаления слизистой оболочки и подслизистого слоя стенки бесхрящевых бронхов, неравномерное снижение воздушности легочной ткани за счет множества мелких участков ателектаза, фиброза, фибрина в просвете отдельных альвеол, пролиферации гистиоцитов и лимфоидно-макрофагальной инфильтрации.

Таким образом, результаты обследования позволили исключить туберкулез и опухоль. На основании длительного сохранения участка уплотнения в правом легком, отсутствия эффекта от повторных курсов антибактериальной терапии, данных КТ и гистологической картины был установлен диагноз: криптоген-



Рис. 1. Фрагменты КТ органов грудной клетки от 03.04.2007 г.

Игорь Эмильевич Степанян – докт. мед. наук, ведущий научный сотрудник, зав. пульмонологическим отделением ГУ ЦНИИ туберкулеза РАМН.

Ирина Александровна Соколова – канд. мед. наук, зав. отделением лучевой диагностики клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ММА им. И.М. Сеченова.

Дмитрий Борисович Гиллер – докт. мед. наук, руководитель отдела хирургии ГУ ЦНИИ туберкулеза РАМН.

Юлия Рашидовна Зюзя – канд. мед. наук, старший научный сотрудник лаборатории патоморфологии ГУ ЦНИИ туберкулеза РАМН.

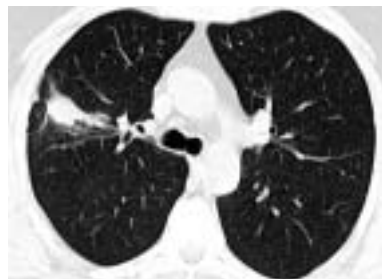
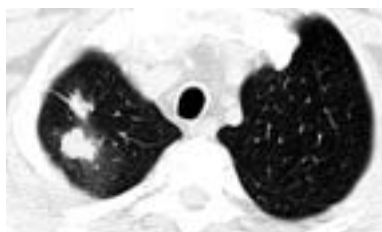


Рис. 2. Фрагменты КТ органов грудной клетки от 21.05.2007 г.

Рис. 3. Фрагменты КТ органов грудной клетки от 12.09.2007 г.

ная организующаяся пневмония в верхней доле правого легкого.

Пациенту было назначено лечение преднизолоном в суточной дозе 15 мг, и 26 апреля 2007 г. он был выписан из клиники в удовлетворительном состоянии.

Данные дальнейшего наблюдения

При контрольном обследовании через 1 мес после выписки состояние пациента оставалось удовлетворительным, на КТ органов грудной клетки размеры уплотнения в правом легком уменьшились за счет рассасывания инфильтрации по периферии (рис. 2). Доза преднизолона постепенно уменьшалась до полной отмены.

На протяжении последующих 3 мес состояние пациента не изменилось, симптомы болезни отсутствовали, однако на КТ от 12 сентября 2007 г. отмечалось появление нового фокуса уплотнения в верхней доле правого легкого, а также увеличение размеров и изменение конфигурации ранее определявшихся затемнений (рис. 3), что дало основание подозревать новообразование. В клиническом анализе крови от 13 сентября 2007 г.: гемоглобин – 155 г/л, эритроциты –

$4,74 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 48%, лимфоциты – 27%, моноциты – 8%; появились эозинофилия (12%) и увеличение СОЭ до 45 мм/ч. Показатели спирометрии оставались нормальными.

В ходе дообследования при КТ органов брюшной полости в печени была обнаружена киста с плотной капсулой и дочерними пузырями внутри нее (рис. 4). Предположение о наличии у пациента эхинококкоза легких и печени было подтверждено в результате обследования в клинике паразитарных болезней и тропической медицины: в крови выявлен высокий титр антител к эхинококку – 1 : 64000. Первоначально пациент не мог вспомнить обстоятельств, при которых могло произойти заражение, но при тщательном расспросе удалось выяснить, что за год до выявления

изменений в легком он употреблял в пищу немывтые сухофрукты, присланные ему из Средней Азии.

17 сентября 2007 г. пациент был госпитализирован в отделение торакальной хирургии ЦНИИ туберкулеза РАМН с диагнозом: эхинококковые кисты верхней доли правого легкого и печени. 19 сентября была выполнена видеоассистированная торакоскопическая лобэктомия верхней доли правого легкого.

В удаленном фрагменте легкого размером $15 \times 7 \times 2$ см на разрезе определялись две полости диаметром 2 и 1 см с тонкими желтоватыми стенками, в которых свободно располагались серовато-белесоватые оболочки кист с дочерними пузырями в просвете; легочная ткань по периферии полостей уплотнена (рис. 5).

При микроскопическом исследовании хитиновая оболочка эхинококковой кисты имела характерное многослойное строение (рис. 6). В легком стенка одной полости была представлена фиброзной тканью, по краю располагались небольшой вал эпителиоидных клеток и узкий слой некроза с очаговой лейкоцитарной инфильтрацией. Вторая полость имела подобное строение, но в стенке ее отмечался широкий слой организо-

ванного гиалинизированного некроза с антракозом. Вокруг полостей определялась умеренная экссудативная реакция, значительное количество эозинофилов и плазматических клеток, встречались скопления гигантских многоядерных клеток типа инород-



Рис. 4. Фрагмент КТ органов брюшной полости от 12.09.2007 г.



Рис. 5. Эхинококковая киста в легком. Фиксированный макропрепарат удаленной верхней доли правого легкого.

ных тел (рис. 7). В бронхах имелись выраженное неспецифическое воспаление, эозинофилия, признаки гиперсекреции слизи эпителиальными клетками. В лимфатических узлах фолликулярная структура была сохранена, фолликулы крупные, с широкими реактивными центрами, значительная макрофагальная реакция синусов.

Состояние пациента в послеоперационном периоде оставалось удовлетворительным, он предъявлял жалобы на незначительную одышку при физической нагрузке. На рентгенограмме грудной клетки 25.09.2007 г. правое легкое полностью расправилось, очаговые и инфильтративные изменения в обоих легких отсутствовали, имелось утолщение костальной плевры справа. Ультразвуковое исследование правой плевральной полости показало, что заднедиафрагмальный и боковой синусы заполнены фибриновыми массами, отмечалось утолщение плевры по передней подмышечной линии до 1,2 см.

28.09.2007 г. пациент переведен в терапевтическое отделение, где было продолжено антибактериальное и противовоспалительное лечение, а 26 октября выписан в удовлетворительном состоянии, без жалоб. 22 ноября 2007 г. в ГКБ им. С.П. Боткина была успешно проведена операция удаления эхинококковой кисты из печени.

Комментарий

С эхинококкозом московские врачи общей практики и пульмонологи встречаются относительно редко, поэтому в нашем наблюдении первоначально не возникло подозрение о паразитарном заболевании. К тому же у пациента отсутствовали какие-либо анамнестические данные, которые позволяли бы думать об эхинококкозе. Отсутствие эффекта от повторных курсов антибактериальной терапии и обнаружение признаков “неспецифического” воспаления в бронхоскопическом биоптате ткани легкого из участка, примыкавшего к паразитарной кисте, дали основание для ошибочной диагностики криптогенной organizing пневмонии. Эффект, первоначально полученный в результате назначения глюкокортикостероидной терапии, также свидетельствовал в пользу диагностической концепции. Нарастание изменений в легких при контрольной КТ дало

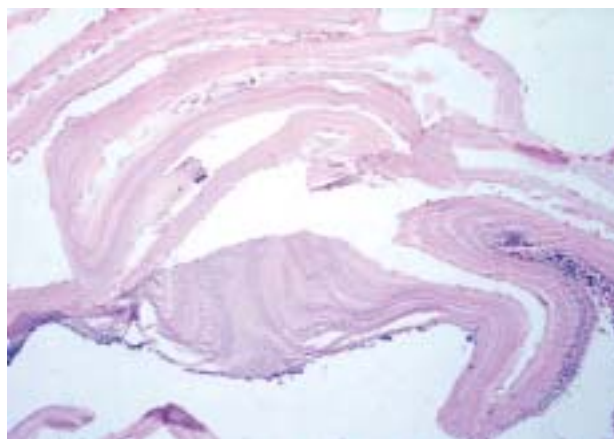


Рис. 6. Хитиновая многослойная оболочка эхинококкового пузыря. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 100$.

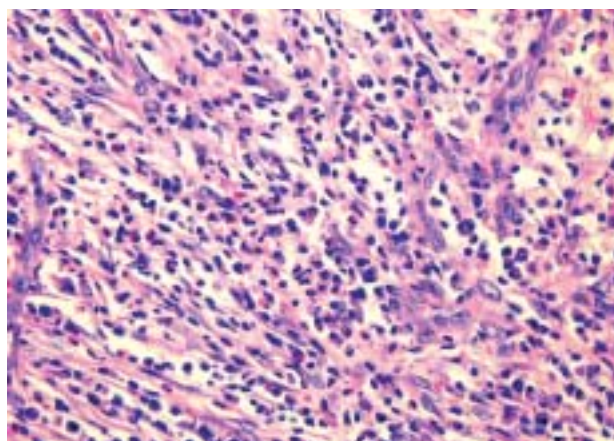


Рис. 7. Эозинофильно-плазмоцитарная клеточная реакция в прилежащей к эхинококковой кисте легочной ткани. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 400$.

основание подозревать опухоль. Дообследование, направленное на выявление внелегочных очагов, обнаружило характерные для эхинококкоза изменения в печени, что позволило установить правильный диагноз и провести адекватное лечение. Источник и путь заражения удалось определить уже после подтверждения диагноза. ●



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.