

Клінічний випадок поєднання пухлини й осифікації легені у хворого з вираженою неврологічною патологією

Опанасенко М.С., Іващенко В.Є., Ліскіна І.В., Леванда Л.І.

ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

Головна проблема рідкісних захворювань полягає в тому, що їх рідко діагностують вчасно та правильно. Деякі хвороби виявляють як випадкову знахідку при розтині, біопсії, а також у ході комп'ютерної томографії (КТ) при дослідженні інших захворювань. Це повною мірою стосується такого патологічного стану, як легенева осифікація (ЛО). Цю рідкісну хворобу легень, що проявляється кальцифікацією й осифікацією [1], вперше було описано Н. Luschka [2]. Згідно з даними літератури частота ЛО коливається від 0,16 до 0,4 %.

В основі патогенезу лежить утворення в паренхімі легень ектопічної кісткової тканини з елементами кісткового мозку або без них. ЛО може бути ідіопатичним процесом, але дуже рідко, найчастіше це вторинний процес пов'язаний з іншими хворобами, що призводять до фіброзу легеневої тканини, особливо при ідіопатичному фіброзі легень. Останнім часом завдяки КТ грудної клітки з високою роздільною здатністю цю патологію почали виявляти дедалі частіше. Остаточний діагноз можливий лише при гістологічному дослідженні. Лікування ЛО не розроблено.

Із 2013 до 2026 р. у Національному науковому центрі фтизіатрії, пульмонології та алергології НАМН України (ННЦ ФПА НАМНУ) перебували 6 хворих з ЛО, що становило 0,52 % від усіх пацієнтів з дисемінованими процесами в легенях [3, 4].

В останньому випадку, з яким ми хочемо вас ознайомити, діагноз ЛО було встановлено пацієнту випадково при дослідженні препарату з приводу резекції пухлини. Хворий у 61 рік переніс два інсульти за ішемічним типом з різницею в 6 місяців із залишковими явищами у вигляді енцефалопатії III ст., змішаного генезу з вестибуло-атактичними розладами та судинним синдромом, розсіяної пірамідної симптоматики, когнітивного зниження. Третій інсульт відбувся в жовтні 2026 р., тоді ж у ході КТ-сканування випадково виявили новоутворення у верхній частці правої легені. Хворий консультований торакальним хірургом ННЦ ФПА НАМНУ, отримував лікування згідно з рекомендаціями невролога протягом 3 місяців. Після повторної консультації невролога та зняття протипоказань до операції хворий госпіталізований до відділення торакальної хірургії. Крім указаної судинної неврологічної патології, пацієнт страждав на подагру протягом 20 років (приймав фебуксостат) і гіпертонічну хворобу понад 10 років,

яку лікував адекватно. Вже 5 років мав дещо підвищений рівень креатиніну (120-180 мкмоль/л). При дообстеженні, крім новоутворення верхньої частки правої легені, в паренхімі візуалізувалися центрилобулярні вогнища за типом «дерево в бруньках».

Було виконано операцію – атипичну полісегментарну VATS-резекцію S2 та S3 правої легені, видалення внутрішньогрудних лімфовузлів. Під час резекції утворення легені на себе звернула увагу ділянка зміненої легені по краю S3 – білувате та горбувате утворення близько 1 см. Інтраопераційно було прийнято рішення про резекцію для виключення метастазування неопластичного процесу. Гістологічно: в S2 правої легені – розростання аденокарциноми змішаної гістологічної структури в поєднанні з вираженою лімфоїдноклітинною інфільтрацією її стромального компонента. Наявний великий (приблизно 20-30 % від усього вузла пухлини) осередок ацинарної муцинозної аденокарциноми. Імунофенотип пухлини відповідає первинній аденокарциномі легені з муциноутворенням. PD-L1 – негативна. Краї резекції без ознак метастазування. У лімфатичних вузлах груп 4 та 7 також неопластичних ознак не виявлено. У S3 правої легені – ознаки осередкової осифікації: визначаються численні дрібні балочки пластинчастої кістки серед розростань сполучної тканини. Осередкова дифузна осифікація тканини легені.



Рис. 1. КТ перед операцією. Утворення верхньої частки правої легені

Післяопераційний період перебігав без ускладнень та особливостей. За день до виписки у хворого знову з'явилися ознаки гострого порушення мозкового кровообігу. У той самий день він був переведений до неврологічного стаціонару.

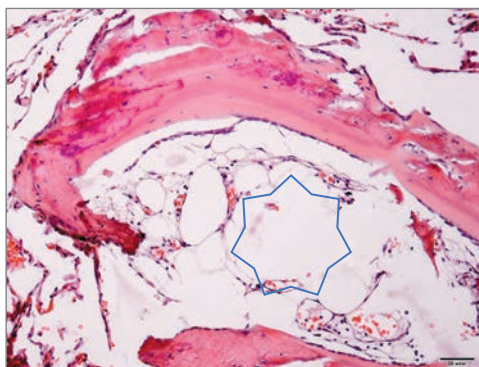


Рис. 2. Визначається елемент кістки з мозковою порожниною, вповненою елементами кісткового мозку та жировими клітинами (зірочка). Забарвлення гематоксиліном і еозином. Збільшення $\times 100$

У підсумку, на нашу думку, накопичення матеріалу щодо таких рідкісних захворювань, його аналіз, виявлення закономірностей, співпраця з іншими спеціалістами щодо цієї патології сприятимуть



Рис. 3. Рентген після операції. Легені розправлені. Патологічні тіні не визначаються

виявленню етіологічних чинників і деталізації патогенезу. Із часом це дасть змогу випрацювати схеми лікування, створювати прогнози та розробляти методи профілактики.

Література

1. Casal A., Ferreiro L., Toubes M.E., Valdés L. Pulmonary ossification: a review. *J. Thorac. Dis.* 2025 May 26; 17 (5): 3450-3455. DOI: 10.21037/jtd-2024-208.
2. Luschka H. Verästigte Knochenbildung im Parenchym der Lungen. *Virchows Archiv.* 1856; 10 (4): 500-505. DOI: 10.1007/BF02116586.
3. Opanasenko M.S., Tereshkovych O.V., Konik B.M., et al. Pulmonary ossification: literature review and clinical observations. *Asthma and Allergy.* 2026; 1: 66-74. DOI: 10.31655/2307-3373-2026-25-1-66-74.
4. Opanasenko M.S., Konik B.M., Tereshkovych O.V., et al. A case of diffuse pulmonary ossification complicated by spontaneous pneumothorax, with retrospective analysis of three previous cases. *Ukr. Pulmonol. J.* 2020; 1: 56-60. DOI: 10.31215/2306-4927-2020-108-2-56-60.