

УДК 616.24-089

## В.П. Костроміна, О.Є. Сіваченко, О.О. Вербняк, А.О. Отрощенко, Л.І. Шерешевський ВИПАДОК НЕЗВИЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА УСКЛАДНЕНОЇ ДІАГНОСТИКИ КІСТИ ЛЕГЕНІ У ПІДЛІТКА

*Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України*

Лікарям дитячих пульмонологічних та туберкульозних відділень доводиться мати справу з круглястими (шаровидними, овоїдними) утвореннями грудної порожнини у дітей: кістами, пухлинами, туберкульомами тощо. Останнім часом кількість таких випадків зростає.

Загалом диференційна діагностика туберкульом та доброякісних пухлин (утворень) легенів у більшості випадків не пов'язана з великими труднощами. По-перше, одразу ж виключаються хворі з туберкульомами, що перебувають у фазі прогресування. По-друге, визначення на томограмах навіть незначної порожнини розпаду дає змогу виключити доброякісну пухлину. Із числа доброякісних пухлин у першу чергу слід мати на увазі гамартохондроми і внутрішньолегеві (позабронхіальні) аденоми [2].

Має значення й локалізація. При розташуванні шаровидної тіні в передніх сегментах у дорослих пацієнтів слід, у першу чергу, думати про нетуберкульозну етіологію процесу [2]. Проте для дітей це твердження не справджується, і, навіть навпаки, за деякими спостереженнями туберкульозний процес у них починається саме в передніх сегментах. Щодо туберкульом, то найбільші діагностичні труднощі виникають при поодиноких туберкульомах, які формуються з інфільтрату, коли попередня картина не зафіксована, а в навколишній легеневої тканині туберкульозні вогнища відсутні.

Основними ознаками, за допомогою яких можна здійснити розпізнавання, є характер контурів утворень, фон, на якому вони розташовані, та їхня структура. Для доброякісних пухлин будь-яких розмірів характерні прокреслені контури і не змінений легеневий фон. На відміну від цього туберкульоми, як відомо, мають не зовсім чіткі контури, легенева тканина, що їх оточує, як правило змінена за рахунок рубців та туберкульозних вогнищ. У певного відсотка туберкульом також можуть спостерігатися поодинокі звапнення. Кальцифікація характерна і для гамартохондром, але в цих випадках вона, як правило, хаотична. За відсутності звапнення на пошарових томограмах при гамартохондромах в деяких випадках визначається більш щільний центр, менш щільна периферія [1]. Діагностика значно ускладнюється в тих випадках, коли доброякісні пухлини виникають на фоні туберкульозу.

Нерідко кіста може розвиватися у дітей із виражем туберкулінових проб, або ж супроводжується субфебрилітетом та кашлем. Іноді в зв'язку з цим виникають певні труднощі правильного диференційного діагностування круглястих утворень. Крім того, рентгенологічно деякі кісти можуть бути схожими на порожнину розпаду, особливо ехінококова кіста, хітинова капсула якої може скидатися на кальцифіковану стінку туберкульоми чи каверни.

Важливим симптомом, характерним для ехінококової кісти, хоч і не абсолютно патогномічним, є наявність

світлої смуги газу, що має форму витягнутого серпа і розташованого по краю кісти [2]. Цей симптом обумовлений проникненням повітря в перикістозну щілину, утворену між фіброзною та хітиною оболонкою. Ширина й протяжність смуги просвітлення можуть відрізнятися в певних межах, але наявність цієї ознаки значно полегшує діагностику. Не зайвим буде згадати, що діагностична пункція при підозрі на ехінокок недопустима через небезпеку обсіменіння.

Увазі читача пропонується клінічний приклад кісти правої легені у підлітка, що перебував на лікуванні в дитячому відділенні Інституту фтизіатрії і пульмонології.

Хворий П., 16 років, був госпіталізований 24. 09. 2001 р. у відділення для уточнення діагнозу й лікування за направленням медичної комісії з місця навчання підлітка, тобто після профілактичного рентгенобстеження. На рентгенограмі було виявлене круглясте утворення (рис. 1), попередній діагноз: доброякісна пухлина?, кіста?, туберкульома? Не виключалася можливість ехінококової кісти. Хворий скаржився на періодичний дискомфорт у грудній клітці, який, однак, не завдавав йому особливого клопоту. У процесі ретельного збору анамнезу та спілкування з хворим було з'ясовано, що приблизно за півроку до госпіталізації, хворий переніс травму спини, яка, втім, не мала видимих наслідків. Контакт із хворими на туберкульоз заперечував. Хворий був вакцинований БЦЖ при народженні, має рубчик 5 мм. Проби Манту зі слів хворого до поступлення у відділення всі роки були негативними.

Об'єктивно: шкіра бліда з явищами *аспе vulgaris*, видимі слизові оболонки рожеві, тургор та живлення тканин задовільні, периферичні лімфатичні вузли не збільшені, грудна клітка симетрична, дихання в легенях



*Рис. 1. Фрагмент оглядової рентгенограма органів грудної клітки хворого П. до лікування (права легена).*



Рис. 2. Томограма правої легені хворого П. після проведення бронхоскопії.



Рис. 3. Томограма правої легені хворого П. після курсу лікування антибіотиками широкого спектру дії

везикулярне, перкуторний звук не змінений, тони серця виразні ритмічні, живіт м'який безболісний, печінка та селезінка не збільшені.

Дані обстеження: клінічний аналіз крові без відхилень, крім помірної еозинофілії (еозинофіли — 9 %). Загальний аналіз сечі — в межах норми. У промивних водах бронхів було висіяно *Staph. aureus*  $10^4$  та гриби роду *Candida*  $10^5$ . При рентгенологічному обстеженні легень справа в  $S_2$  визначалось овальне утворення з чітким контуром, однорідної структури розмірами 4 x 4,5 см. ЕКГ — в межах норми. Проба Манту від 28.09.2001 р. 1–10 мм.

Хворому було призначено ізоніазид (per os) у віковій дозі.

З метою уточнення діагнозу та виключення можливості серйозної патології з боку бронхів хворому було проведено фібробронхоскопію (ФБС). ФБС від 4.10.2001 р. — без патології. Цитологічний висновок: визначаються багатоядерні клітини Пирогова-Лангханса, цитограма характерна для туберкульозного процесу. Після цього хворому було рекомендоване оперативне лікування. Однак, на наступний день після бронхоскопії стан хворого погіршився: температура тіла піднялась до 39 С, з'явився кашель із жовтуватим мокротинням, в якому траплялися прожилки крові, проявилися симптоми інтоксикації (головний біль, слабкість, пітливість уночі). Погіршилася гемограма: зросла кількість лейкоцитів ( $7 \times 10^9$ /л), у формулі мав місце значний зсув уліво (Е — 9 %, метамієлоцити — 2 %, П — 17 %, С — 44 %, Л — 23 %, м — 5 %), ШОЕ — 17 мм. Рентгенологічна картина також значно погіршилася. На рентгенограмі від 5.10.2001 р. спостерігали різке прогресування процесу — виникла порожнина, на всьому протязі правої легені мало місце обсіменіння з нечітко окресленими вогнищевими утвореннями. Зліва у нижній та середній частках з'явилися поодинокі вогнищеві утворення, які не визначалися раніше (рис. 2). У зв'язку з цим хворому було призначено лікування: цефазолін (в/м), ципрофлоксацин (в/в та per os), потім метронідазол (в/в), дифлюкан (в/в), дексазон (в/в та в/м) у вікових дозах, продовжено прийом ізоніазиду. Неодноразові посіви мокротиння давали негативні результати.

Внаслідок проведеного лікування, протягом 12 днів настало значне клініко-рентгенологічне покращення, нормалізувалася температура тіла, зникли симптоми інтоксикації. На контрольних рентгенограмах від 18.10.2001 р. спостерігалось повне розсмоктування "свіжої" дисемінації, відновлення легеневого малюнка, в  $S_2$  справа — кістоподібне утворення із секвестрацією на його дні (рис. 3).

Таким чином, було зроблено висновок про неспецифічну етіологію захворювання, з найбільшою імовірністю кісти в  $S_2$  правої легені. У зв'язку з чим хворий був переведений у хірургічне відділення для оперативного втручання, де 3.11.2001 р. була виконана верхня лобектомія з видаленням щільно-еластичного утворення в  $S_2$  та декількох щільних вогнищ у передньому сегменті. Гістологічний висновок: полікістоз правої легені. На оглядових рентгенограмах від 9 та 20.11.2001 р.: справа — стан після операції, легеня розправлена, купол діафрагми зміщений догори, ліва легеня прозора, без локальної патології, серце зміщене вліво. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Гемограма від 28.11.2001 р. без патологічних змін. Через місяць після операції хворий у задовільному стані був виписаний додому.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Виннер М.Г., Шулушко М.Л. Шаровидные образования легких (клиника, диагностика, лечение) // Свердловск: Средне-Уральское Книжное Издательство, 1971. — 307 с.
2. Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Виннер М.И. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания // Москва: «Медицина». — 1987. — 640 с.