

Редкий клинический случай паразитарного экссудативного плеврита с наличием свободных эхинококковых кист в плевральной полости

А.А. Тебеньков¹, Э.В. Марков¹, А.О. Аветисян²

¹Республиканский противотуберкулезный диспансер, Республика Коми, г. Сыктывкар

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

Rare clinical case of a parasitic exudative pleurisy with free echinococcal cysts in the pleural cavity

A. Tebenkov¹, E. Markov¹, A. Avetisyan²

¹Republican Tuberculosis Clinic, Komi Republic, Syktyvkar

²St. Petersburg Research Institute of Phtisiopulmanology

© Коллектив авторов, 2025 г.

Резюме

Нашим коллективом авторов описан клинический случай экссудативного плеврита с наличием множества свободных эхинококковых кист в плевральном экссудате, что привело к длительному течению плеврита и сложности дифференциальной диагностики. В литературе подобные случаи паразитарного экссудативного плеврита не описаны.

Ключевые слова: эхинококкоз, туберкулез, компьютерная томография, плевральная полость, торакотомия, плеврэктомия, декортикация легкого

Summary

Our team of authors has described a clinical case of exudative pleurisy with a large number of free echinococcal cysts in the pleural exudate which provoked the long course of pleurisy and the differential diagnostics difficulties. Such cases have not been described in medical literature.

Keywords: echinococcosis, tuberculosis, computer tomography, pleural cavity, thoracotomy, pleurectomy, lung decortication

Введение

Эхинококкоз легких чаще всего регистрируется в регионах с сухим жарким климатом и развитым скотоводством: странах Южной Америки, Северной Африки, в Австралии и Н. Зеландии, в южной части Европы, США, России, Украины, Молдовы, Северного Кавказа, Средней и Южной Азии [2]. По данным литературы, наличие свободно расположенных кист в плевральном экссудате отсутствует. И что еще интересно, наличие эхинококкоза зарегистрировано у жительницы города,

который располагается за полярным кругом, в г. Воркута. В нашей работе представлен случай хирургического лечения паразитарного плеврита, при котором были удалены все паразитарные кисты, выполнены плеврэктомия и декортикация легкого с положительным исходом и полным расправлением оперированного легкого.

Клинический случай

Больная К., 54 лет, госпитализирована в хирургическое торакальное отделение ГБУЗ РК «РПТД»

17.02.2021 г. с жалобами на повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания. Считает себя больной с весны 2017 г., когда возникли одышка, периодический сухой кашель, субфебрильная лихорадка. Обследовалась и лечилась в ГБУЗ РК «Воркутинская БСМП». По поводу правостороннего экссудативного плеврита 31.05.2017 выполнена диагностическая видеоторакоскопия с биопсией плевры и последующим гистологическим исследованием. В результате исследования получен ответ: туберкулез плевры. С учетом этого заключения для дальнейшего лечения переведена в Воркутинский противотуберкулезный дис-

пансер. Назначена противотуберкулезная терапия, проведено несколько курсов терапии с коррекцией лечения ввиду его неэффективности. 31.05.2017 назначен третий режим химиотерапии с коррекцией, интенсивная фаза — Z 2,0, R 0,6, H 0,6, E 1,6, затем фаза продолжения — E 1,6, Mfx 0,4, Cs 0,5. Далее дважды перерегистрирована ввиду неэффективности курсов ХТ. От 28.06.2018 3 режим ХТ Am. 1,0, R 0,45, H 0,6, E 1,6, от 26.09.2018 4 режим ХТ эмпирически — Z 1,5, E 1,6, Cs 0,75, Lfx 0,75. Курс лечения признан эффективным и 22.05.2020 пациентка переведена в 3 группу диспансерного учета, лечение закончено. Однако 01.07.2020 на рентгенограмме органов грудной клетки вновь выявлен правосторонний экссудативный плеврит, вновь

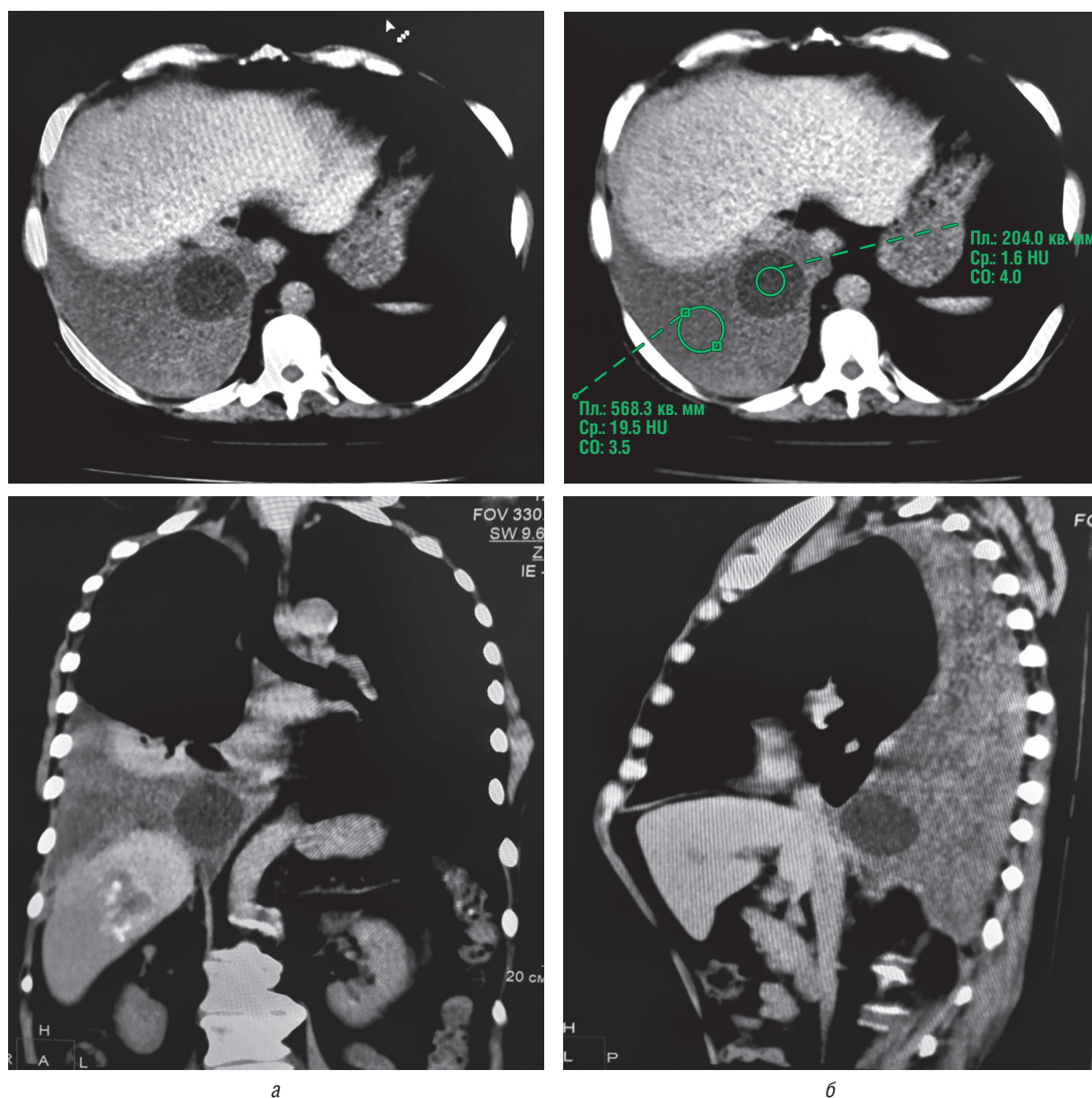


Рис. 1. КТ органов грудной клетки больной К., 54 лет. Гиподенсное округлое образование, свободно располагающееся в экссудате плевральной полости (а, б)

назначена противотуберкулезная терапия, 4 режим ХТ эмпирически — Z 1,5, E 1,6, Cs 0,75, Lfx 0,75.

КТ органов грудной клетки (КТ ОГК) 17.12.2020: в динамике от 2017 г. отмечается нарастание значительного объема жидкости в плевральной полости справа, появление гиподенсного образования в нижних отделах плевральной полости. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, киста печени, МКБ обеих почек, справа в плевральной полости выраженные фиброзные тяжи и спайки. В связи с отрицательной динамикой процесса пациентка направлена в пятое туберкулезное легочно-хирургическое (торакальное) отделение ГБУЗ РК «РПТД» в г. Сыктывкар.

При объективном осмотре и физикальном обследовании отмечается ослабление дыхания в правой половине грудной клетки, в остальном отклонений не обнаружено.

Лабораторные исследования: общий анализ крови: гемоглобин — 128 г/л, эритроциты — $4,08 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель — 0,94, тромбоциты — $385 \times 10^9/л$, лейкоциты — $6,9 \times 10^9/л$, нейтрофилы палочкоядерные — 3%, сегментоядерные — 53%, эозинофилы — 2%, лимфоциты — 35%, моноциты — 5%, СОЭ — 50 мм/ч.

Биохимический анализ крови: мочевины — 2,1 ммоль/л, креатинин — 0,070 ммоль/л, общий белок — 69 г/л, билирубин общий — 8 мкмоль/л, калий — 3,48, натрий — 148,7, хлор — 107,8, АЛТ — 9 ед./л, АСТ — 33 ед./л, глюкоза — 46,6 ммоль/л.

Коагулограмма: активированное время рекальцификации плазмы — 52,2 с, АЧТВ — 27,9 с, ПТИ — 90, МНО — 1,13, РФМК — 11×10^2 г/л, тромбиновое время — 12 с, фибриноген 6216 мг/л.

ЭКГ: ритм синусовый.

ФВД: нарушений биомеханики дыхания не выявлено. ФЖЕЛ — 1,89 л (72%), ОФВ1 — 1,75 л (79%), индекс Тиффно — 92,6%, МОС25 — 4,9 л/с (93%), МОС50 — 2,8 л/с (77%), МОС75 — 1,09 л/с (78%).

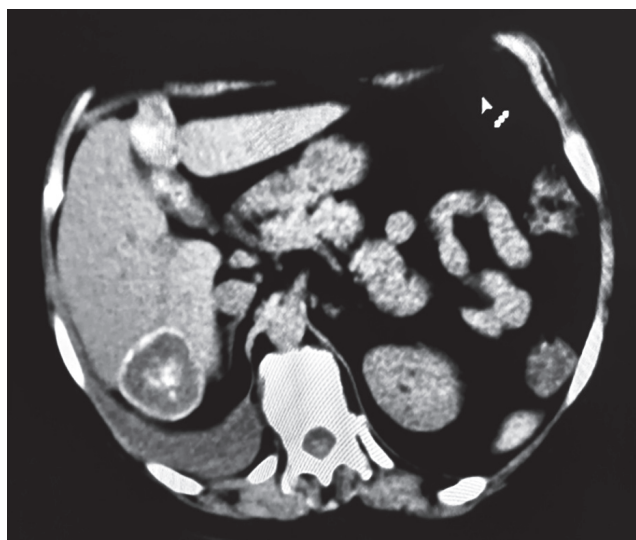
Фибробронхоскопия: левосторонний умеренно выраженный эндобронхит.

КТ органов грудной клетки: в правой плевральной полости на всем протяжении жидкость максимальной толщиной по задней стенке до 60 мм, плотностью до 19,5 НУ, на этом фоне в области заднемедиального синуса определяется гиподенсное образование округлой формы с четким контуром, размером до 40 мм, плотностью 1,6 НУ. Сегменты S7–10 правого легкого безвоздушны (рис. 1).

В зоне сканирования: киста правой доли печени размером до 43×47 мм, стенки частично обызвествлены; частично кальцинированные конкременты желчного пузыря размером до 11 мм (рис. 2).

С учетом данных анамнеза и обследования предположили, что экссудативный плеврит справа обусловлен осложнением эхинококкоза легкого и выполнена диагностическая боковая торакотомия. В ходе операции в плевральной полости выявлено около 700 мл белесоватого цвета жидкого экссудата, в котором свободно плавают эхинококковые кисты различного диаметра. После аспирации экссудата из плевральной полости удалено 24 эхинококковые кисты, из которых 22 кисты были вскрывшиеся и представляли собой спавшиеся капсулы, две кисты наполнены прозрачным желтоватым экссудатом с мелкими включениями (рис. 3).

Легкое покрыто шероховатой швартой серого цвета толщиной 1–2 мм в различных участках, легкое частично ригидное, не расправляется. С техническими



а



б

Рис. 2. КТ органов брюшной полости больной К., 54 лет. Кисты правой доли печени с частично обызвествленными стенками (а, б)

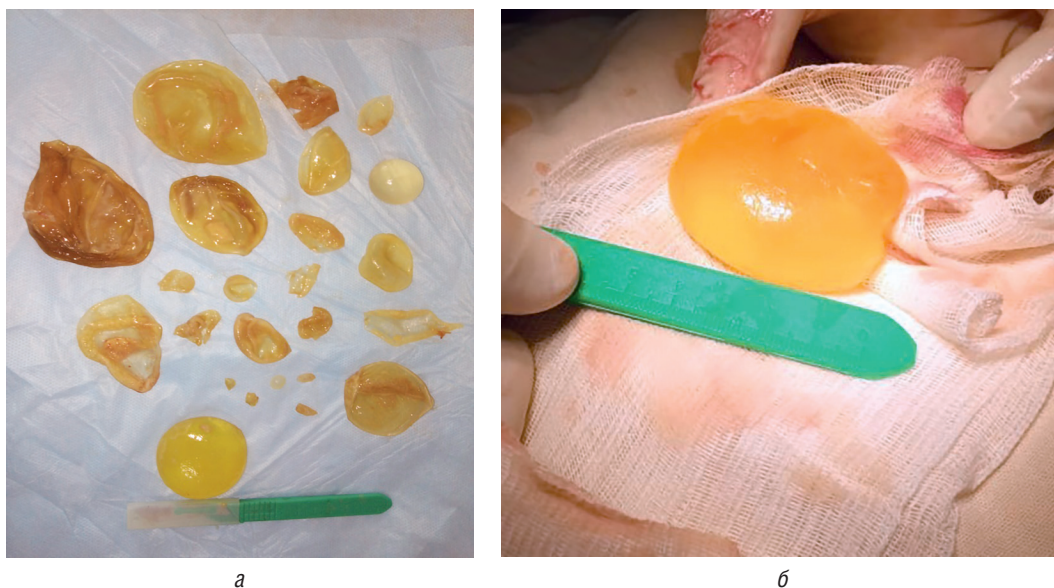


Рис. 3. Удаленные из плевральной полости кисты (а, б)

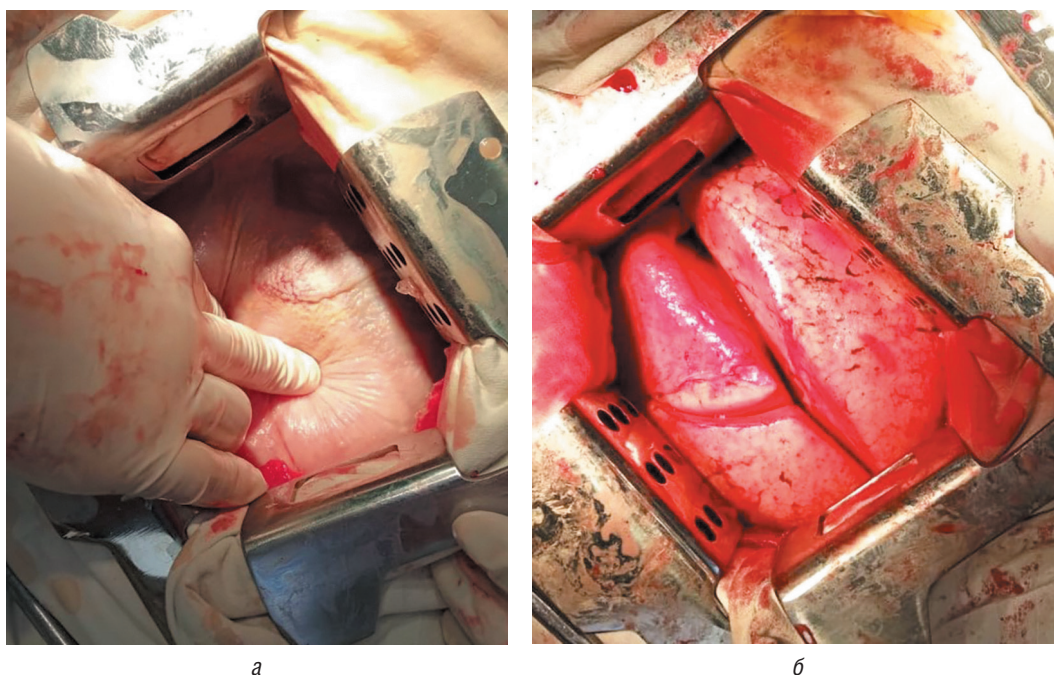


Рис. 4. Состояние легкого до удаления шварты (а) и после декортикации (б)

трудностями выполнена тотальная декортикация нижней доли и субтотальная декортикация верхней и средней долей правого легкого, частичная плеврэктомия измененной париетальной плевры (рис. 4). Препараты направлены на гистологическое исследование.

Общий анализ экссудата плевральной полости: характер химусоподобный, цвет молочный, консистенция жидкая мутная, белок невозможно определить, лейкоциты не дифференцируются, эритроциты — 10–15 в поле зрения, не изменены, капли жира 3+, детрит 2+, кристаллы холестерина 1+, в окрашенном мазке

осадок не дифференцируется, кислотоустойчивые микроорганизмы не обнаружены.

Посев на микрофлору: рост микрофлоры не обнаружен.

Гистологическое заключение: висцеральная плевра — фиброзная ткань с острым расстройством кровообращения, хроническим воспалением. Париетальная плевра — фиброзно-жировая ткань с острым расстройством кровообращения, хроническим воспалением. Кисты плевральной полости — многокамерная форма эхинококкоза (стенка кисты — хитин).

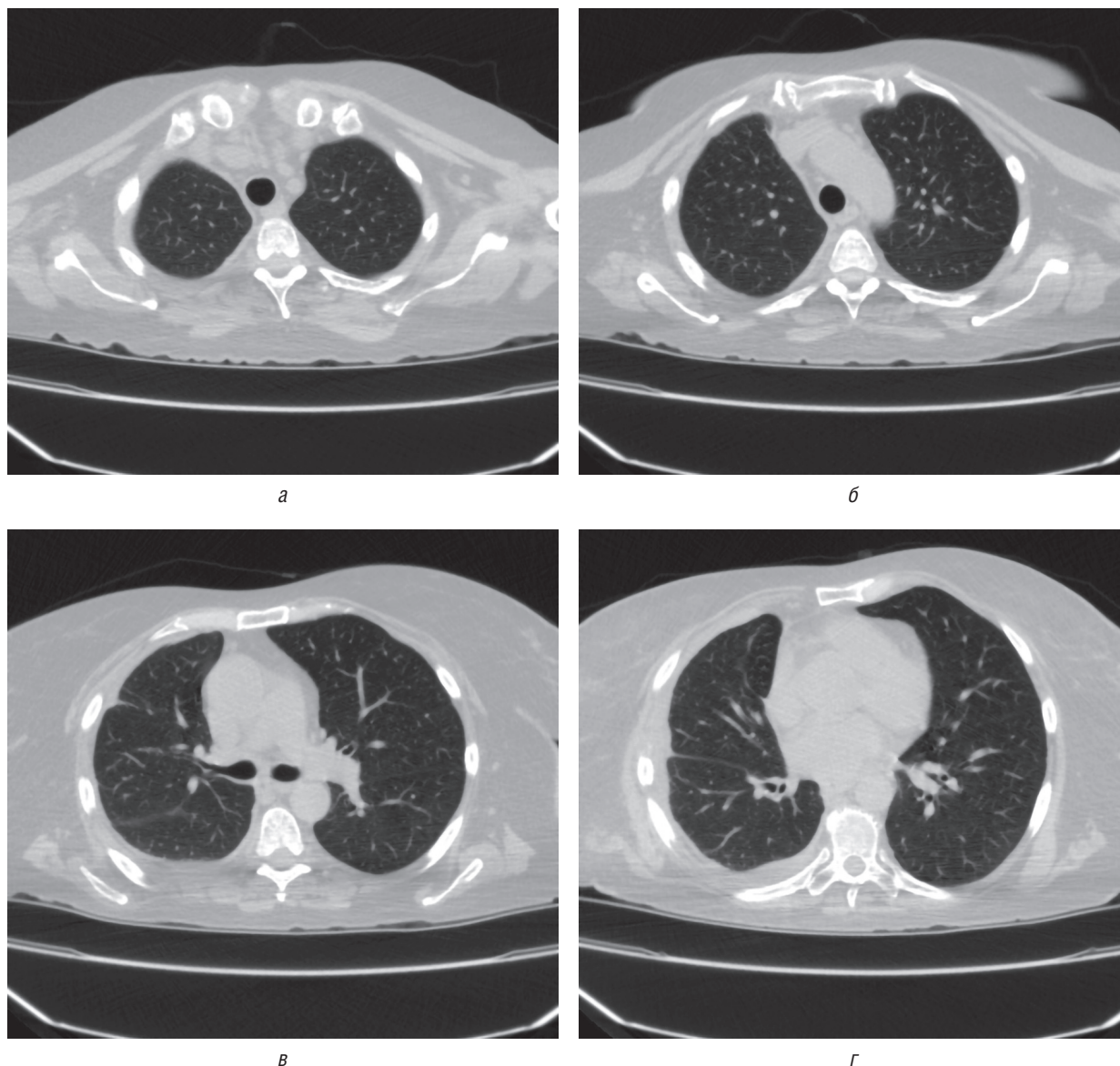


Рис. 5. КТ органов грудной клетки больной К., 54 лет, на 14-е сутки после операции. Последовательные апикально-каудальные снимки (а–г)

На 9-е сутки, после прекращения экссудации, дренажи удалены. Торакотомная рана зажила первичным натяжением.

В послеоперационном периоде консультирована врачом-инфекционистом. Рекомендовано: албендазол по 400 мг 2 раза в сутки 3 курса по 28 дней с контролем биохимического анализа крови.

Через 14 дней после операции выполнена КТ ОГК. Заключение: плевральная реакция — плевральные тяжи в верхней доле справа, в базальных отделах с двух сторон. Инфильтративной патологии не определено. Пневматизация легких сохранена. Легочный рисунок прослеживается во всех отделах. Крупные бронхиальные стволы проходимы. Структура средостения сохранена. Внутригрудные лимфоузлы не увеличены (рис. 5).

Пациентка выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии с рекомендациями наблюдения и лечения у врача-инфекциониста общелечебной сети, консультации абдоминального хирурга с целью эхинококкэктомии кист печени. В 2021 г. пациентка уехала на постоянное место жительства в Ростовскую область, в связи с чем отдаленные результаты лечения проследить не представляется возможным. По данным ФРБТ 2 марта 2023 г. снята с туберкулезного учета, рецидива экссудативного плеврита не было.

Заключение

Данный клинический пример представляет интерес по двум причинам. За 4 года до поступления

в наш стационар больная обратилась за медицинской помощью с правосторонним экссудативным плевритом. Для дифференциальной диагностики плеврита необходимо комплексное обследование пациентов с исследованием плевральной жидкости на АДА (аденозиндезаминаза), ПЦР ДНК МБТ, цитологическое и клиничко-биохимическое исследование [5–8]. Туберкулезный плеврит может быть реактивной природы, при поражении самого легкого, а также париеальной плевры (не часто). По этой причине при экссудативных плевритах неясного генеза видеоторакоскопия показана как окончательный метод диагностики, а при туберкулезном плеврите биопсия париеальной плевры может быть недостаточной и неинформативной. При затяжном течении плеврита плевроскопия имеет не только диагностический, но и лечебный характер, так как выполняется адекватная санация плевральной

полости, дренирование, а при необходимости париеальная плеврэктомия и/или аргонплазменная коагуляция [1]. В нашем случае диагноз туберкулезного плеврита вероятнее всего был установлен по косвенным гистологическим данным, не подтвержденный бактериологическими методами исследования, то есть был ошибочным. В стационаре паразитарная этиология плеврита была обсуждена, однако учитывая рентгенологическую картину, а также ранее установленный диагноз туберкулеза, установили показания к операции с лечебно-диагностической целью. Интраоперационная находка была неожиданной и объем операции до париеальной плеврэктомии и декорткации легкого был определен интраоперационно. В послеоперационном периоде больная наблюдалась у инфекциониста, получала курс специфической терапии (албендазол), и диагноз туберкулеза был снят.

Список литературы

1. Аветисян А.О., Александрова Н.И., Дайновец А.В., Назаренко М.М. Дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита. Туберкулез и болезни легких 2010; 87 (5): 37–41. [Avetisyan A.O., Alexandrova N.I., Dajnovets A.V., Nazarenko M.M. Differential diagnosis of tuberculous pleurisy. Tuberkulez i bolezni legkih 2010; 87 (5): 37–41 (In Russ.).]
2. Ермакова Л.А., Думбадзе О.С., Черникова М.П., Димидова Л.Л., Твердохлебова Т.И. Анализ заболеваемости эхинококкозами в Российской Федерации. Теория и практика борьбы с паразитарными болезнями 2023; (24): 178–183. [Ermakova L.A., Dumbadze O.S., Chernikova M.P., Dimidova L.L., Tverdochlebova T.I. Analysis of the incidence of echinococcosis in Russian Federation. Teorija i praktika bor'by s parazitarnymi boleznyami 2023; (24): 178–183 (In Russ.).]
3. Лотов А.Н., Чжао А.В., Черная Н.Р. Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения. Трансплантология 2010; (2): 18–27. [Lotov A.N., Chzhao A.V., Chernaya N.R. Echinococcosis: diagnostics and modern methods of treating. Transplantologiya 2010; (2): 18–27 (In Russ.).]
4. Магомедов С.З. Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза легких. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия 2006; (6): 49–54 [Magomedov S.Z. Diagnostics and surgical treating of complicated pulmonary echinococcosis. Grudnaya i serdechno-sosudistaya hirurgiya 2006; (6): 49–54 (In Russ.).]
5. Соколов В.А., Савельев А.В., Ефимова Л.А. и др. Диагностика плевритов туберкулезной этиологии. Проблемы туберкулеза 1991; (7): 24–27. [Sokolov V.A., Savel'ev A.V., Efimova L.A. et al. Diagnostics of pleurisy of tubercular etiology. Problemy tuberkuleza 1991; (7): 24–27 (In Russ.).]
6. Титаренко О.Т., Дьякова М.Е., Перова Т.Л., Ряснянская Т.Б. Активность аденозиндезаминазы и ее изоферментов у больных с различными формами туберкулеза легких. Проблемы туберкулеза 2002; (3): 38–43. [Titarenko O.T., D'yakova M.E., Perova T.L., Rasnyanskaya T.B. Adenosinase and its isoenzymes activity in patients with various forms of lung tuberculosis. Problemy tuberkuleza 2002; (3): 38–43 (In Russ.).]
7. Черноусов А.Ф., Мусаев Г.Х., Абаршалина М.В. Современные методы хирургического лечения сочетанного эхинококкоза легких и печени. Журнал им. Н.И. Пирогова 2012; 7. 12–17. [Chernousov A.F., Musaev G.H., Abarshalina M.V. Modern surgical treating of lungs and liver echinococcosis combined. Zhurnal im. N.I. Pirogova 2012; (7): 12–17 (In Russ.).]
8. Giusti G. Adenosine Deaminase. In Bergmeyer, H.U., ed. Methods of Enzymatic Analysis. New York, 1974. Vol. 2. P. 1092–1099.

Поступила в редакцию 13.03.2025 г.

Сведения об авторах:

Тебенков Александр Александрович — врач-торакальный хирург, заведующий 5 туберкулезным легочно-хирургическим (торакальным) отделением ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер»; 167981, Республика Коми, Сыктывкар, ул. Димитрова, д. 3; e-mail: tebenkova@yandex.ru; ORCID 0009-0003-2745-6016;

Марков Эдгар Вячеславович — врач-торакальный хирург 5 туберкулезного легочно-хирургического (торакального) отделения ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер»; 167981, Республика Коми, Сыктывкар, ул. Димитрова, д. 3; e-mail: edgarmarkov@yandex.ru; ORCID 0009-0006-5700-7694;

Аветисян Армен Оникович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, руководитель лаборатории сочетанных и осложненных форм туберкулеза, заведующий туберкулезным легочно-хирургическим (торакальным) отделением № 3 ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2–4; e-mail: avetisyan.armen7@gmail.com; ORCID 0000-0003-4590-2908.