

**«РЕЦИДИВНА ПНЕВМОНІЯ» - МАСКА МЕЗОТЕЛІОМИ І
СИНДРОМУ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ**

**І.Д. Дужий¹, Л.Н. Приступа², В.П. Шевченко³, І.Я. Гресько⁴,
О.В. Купина⁵**

На підставі даних літератури автори показують труднощі діагностики мезотеліоми плеври, наводять «маски», під якими можуть маніфестувати мезотеліоми. Діляться випадком, коли мезотеліома проходила впродовж 6 міс під «маскою» рецидивної пневмонії.

ВСТУП. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Відомо, що будова плевральних листків дуже складна. В їх шарах закладені різноманітні клітинні утворення, отже, патологічні процеси можуть мати поширене походження. Передусім це стосується неопластичних утворень. Оскільки клінічна картина останніх, на думку більшості авторів, не залежить від їхньої гістологічної будови, усі новоутворення плевральних листків прийнято іменувати мезотеліомами [1]. Лише гістологічно пухлину можна верифікувати за належністю до тих чи інших структур. Хоча і тут відомі помилки, коли мезотеліому, в основі розвитку якої є ураження мезотелію, диференціювати від аденокарциноми шлунково-кишкового тракту важко або й неможливо [2,3].

Діагноз мезотеліоми складний для встановлення не лише клінічними методами, а й променевими. З останніх базовим залишається традиційна рентгенографія в усіх її видах, а при нездоланих труднощах – комп'ютерна томографія [1,2,3]. Хоча треба відразу підкреслити, що призначає променеве обстеження лікар-клініцист, який повинен знати, що він хоче побачити на знімках і поставити променевому діагносту відповідні запитання, пам'ятаючи при цьому наказ Міністерства охорони здоров'я України № 295 від 18.07.01, регламентуючий проведення діагностичних рентгенорадіологічних процедур з метою зменшення для хворих іонізуючого навантаження. Сьогодні лікарі-практики продовжують широко застосовувати діагностичну флюорографію замість її природного призначення як скринінгового методу. Серед згаданих трьох методів променевого обстеження найменшою опромінювальною здатністю характеризується стандартна рентгенографія. Останнім часом все активніше починають застосовувати при діагностиці хвороб плеври ультрасоноскопічне дослідження плевральної порожнини [4]. Але, знову ж таки підкреслимо, клініцист має знати, що він хоче почути від лікаря-узиста, а останній, зрозуміло, - шукати відповідь на поставлене запитання. У зв'язку із зазначеним зауважимо, що від флюорографії марно чекати дійової допомоги, від традиційної рентгенографії можемо дочекатися допомоги, але у разі значних розмірів новоутворення. КТ може дати значно більше інформації, але інтерпретація комп'ютерних знахідок у плеврі не часто може задовольнити клініциста, оскільки рівень останньої залежить від закладеної у комп'ютер програми. Хоча клініцисти здебільшого чекають від КТ відповіді на всі можливі і неможливі запитання [5]. Без своєчасного застосування відповідних променевих методів хворих інколи місяцями лікують від різноманітних масок

¹ Д-р мед. наук, професор, Сумський державний університет.

² Сумський державний університет.

³ Канд. мед. наук, доцент, Сумський державний університет.

⁴ Здобувач, Сумський державний університет.

⁵ Лікар, Сумський державний університет.

мезотеліоми. До останніх належать різноманітні захворювання грудної стінки, хребта, ребер, серця, шлунково-кишкового тракту та ін. [1,2].

Традиційно вітчизняні лікарі завжди тягнулись до морфологічних діагнозів [1, 2, 3]. При захворюваннях плеври з цією метою застосовуються цитологічні дослідження плеврального випоту, що можливо після застосування пункції плеври або після виконання мазків – відбитків біопсійного матеріалу. Як перше, так і друге виконується після підтвердження синдрому плеврального випоту (СПВ). Таким чином, на цьому етапі діагностики, тобто при встановленні ПВ, роль променевих методів відома. У рамках даної статті ми не можемо розглядати інформативність і доцільність кожного з них. Проте зауважимо, що і цитологічні і гістологічні дослідження через об'єктивні причини у досить значному відсотку випадків не дають позитивних результатів. Втім, це не може бути аргументом на користь відсутності будь-якого, первинного чи вторинного, новоутворення. З іншого боку, відомі помилкові позитивні висновки, що «плутає» клініциста не менше.

Таким чином, залишається найбільш об'єктивний метод дослідження плевральної порожнини, який дає змогу виконати прицільну біопсію, а відтак і верифікацію діагнозу – ендоскопія плеври. Ця методика без відповідного променевого обстеження також неможлива. Але променеве обстеження повинно бути і своєчасним, і надійним.

МЕТА РОБОТИ

Вивчити помилки і причини, що призвели до задоволеної верифікації хвороби.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Спостерігали хворого 48 років, мешканця міста, водія за фахом. Після роботи на вулиці по ремонту автомобіля звечора відчув слабкість, розбитість, покашлювання без ознак наявності мокротиння. Температура тіла підвищилася до 39,5°C. Вранці звернувся до лікаря. З приводу «пневмонії» була запропонована госпіталізація. Хворий відмовився. Тоді призначили один з антибіотиків цефалоспоринового ряду. Через 10 днів стан пацієнта значно покращав і він був виписаний на роботу. Через два тижні розвинувся рецидив захворювання. Оскільки за першим разом процес був «вилікуваний» цефалоспорином, амбулаторний курс лікування повторили. Лікували амбулаторно, бо було літо і хворий від стаціонару відмовився вдруге. Ефект від терапії знову настав, як і попереднього разу, через 10 днів. Так все повторювалося кожного місяця п'ять разів. Променеве обстеження (флюорограма) було проведено під час другого загострення. Встановлена «нижньочасткова пневмонія». Під час третього «загострення» проведено традиційне рентгенологічне обстеження, констатована «середньочасткова пневмонія».

При шостому «загостренні пневмонії» хворий сам наполіг на стаціонарному лікуванні і був госпіталізований у пульмонологічне відділення клінічної лікарні. При госпіталізації стан хворого тяжкий: значна слабкість, біль у суглобах, сильна задишка, хрипле дихання, кашель із наявністю незначної кількості «чистого» мокротиння. Декілька разів у мокротинні були прожилки крові. Хворий блідий, ціаноз кінчика носа, губ, вушних раковин. Периферійні лімфовузли не виявлялися. Над легеньми справа від кута лопатки донизу – тупість. Там же дихання не прослуховувалося. В усіх інших відділах – бронхіальне дихання. Пульс ритмічний, але слабкий і недостатнього наповнення, частота - 130', АТ – 90/60 мм Hg, тони серця глухі. Печінка – майже на рівні пупка, гладенька, болісна при пальпації. Клінічне дослідження крові: ер. - $2,4 \times 10^{12}/л$, Hg - 98 г/л, Л - $7 \times 10^9/л$, ШЗЕ – 65 мм/год. Сеча – без патологічних елементів. Білки крові: фібриноген – 0,5 г/л, фібриноген B (++++). Інші складові - без особливостей. ЕКГ – синусова тахікардія.

Уролог захворювань не виявив, гематолог – також. Рентгенологічно: зовнішній синус справа заповнений, контур діафрагми неправильний, підкреслено потовщені мала і велика міжчасткові щілини навколо середньої частки, остання не змінена, але дещо завуальована. Серце значно збільшене у розмірах, серцеві дуги не проглядаються.

Діагноз «пневмонії» відразу був відкинутий. Виконана пункція перикарда. Стінка останнього значно потовщена, голка «провалилася» із труднощами, що помітили присутні. Аспіровано 1200 мл крові, проба Грегуара – негативна. Стан хворого поліпшувався з кожною видаленою порцією аспірату. Після пункції задишка і кашель зникли. АТ підвищився до 115/60 мм Нг, пульс - 90'. На наступний день печінка майже «заховалася» під реброву дугу. При ультрасоноскопії в перикарді – сліди рідини, стінка перикарда нерівномірно, бугристо потовщена, у плевральній порожнині – значна кількість випоту. Пункція плеври. Аспіровано 1100 мл крові такого самого характеру, як і з перикарда (ер. - $2,0 \times 10^{12}/л$, Нб – 90 г/л). Цитологічне дослідження аспірату плеври і перикарда: мезотелій на стадії дегенерації із включеннями вакуолей.

ОБГОВОРЕННЯ

З огляду на перебіг процесу, постійне «рецидивування», прогресивне погіршення загального стану, зміни в крові, афібриногенемію, наявність гемоперикарда та гемотораксу, дані цитологічного дослідження вмісту перикарда та плеври констатовано мезотеліому серозних покривів (перикарда та плеври) ст. ІУ, гр. ІУ.

Процес маніфестував 6 місяців тому. Якщоб із самого початку було виконано УЗД плеври, а для цього – системне і цілеспрямоване її вивчення фізикальними методами, то СПВ можна було б встановити вже тоді і виконати єдино доцільне обстеження – ендоскопію шляхом торакоскопії. При госпіталізації в клініку ендоскопія була протипоказана з урахуванням афібриногенемії. Пункція перикарда і плеври виконувалася, практично, за життєвими показаннями.

ВИСНОВКИ

Окрім інших масок мезотеліома плеври може маніфестувати клінікою «плевропневмонії». Правильно проведене фізикальне обстеження хворого дозволяє у більшості випадків запідозрити СПВ, а він для свого підтвердження вимагає застосування найбільш інформативного методу – УЗД. Підтверджений СПВ – показання для торакоскопії з прицільною плевробіопсією і подальшою верифікацією патологічного плеврального процесу.

SUMMARY

Based on taken from literature information the authors show the difficulties of pleural mesothelioma diagnostics; they apply "masks" that manifest mesotheliomas and inform about a case when mesothelioma was taking its cause under the "mask" of recurrent pneumonia within 6 months.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Власов П.В., Позмогов А.И., Романычев Ю.А. Рентгенодиагностика опухолей плевры. - К.:Здоров'я, 1986.- 110 с.
2. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія.- К.:Здоров'я, 2003.-384 с.
3. Кобелева Г.В., Пронина А.А., Семина С.А и др. Мезотелиомы плевры // Пробл.туб.-2001.-№2.-С.56.
4. Козеева А.Н., Ковалевич С.Н., Мальярчук Г.А. и др. Возможности ультразвукового исследования при синдроме плеврального выпота //Здравоохр.Башкортостана.-2001.- Спец. выпуск № 6.-С.75-77
5. Королева И.М. Компьютерная томография плевры: Автореф. дис... канд. мед. наук.-М., 1995.-25 с.

Надійшла до редакції 29 січня 2007 р.