Е.А.Корымасов<sup>1</sup>, С.Ю.Пушкин<sup>2</sup>, А.С.Бенян<sup>2</sup>, О.В.Песнева<sup>2</sup>

## Синдром желтых ногтей в практике торакального хирурга

- 1 кафедра и клиника хирургии Института последипломного образования ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет Росздрава": 443099, Самара, ул. Чапаевская, 89;
- 2 ГУЗ СО "Самарская областная клиническая больница им. М.И.Калинина": 443095, Самара, ул. Ташкентская, 159

E.A. Korymasov, S. Yu. Pushkin, A.S. Benyan, O. V. Pesneva

## Yellow nail syndrome in practice of a thoracic surgeon

**Key words:** pleural effusion, yellow nail syndrome, lymphoedema. **Ключевые слова:** плевральный выпот, синдром желтых ногтей, лимфедема.

Среди множества причин развития экссудативного плеврита одной из самых редких является синдром желтых ногтей. Его клиническая картина включает в себя 3 основных признака: лимфедема нижних конечностей в сочетании с желтыми деформированными ногтями и плевральный выпот, который невозможно объяснить другими причинами. Наиболее полно данный синдром описан *P.У.Лайтом* [1] и в компиляции 51 наблюдения *J.Mambretti-Zumwalt et al.* [2]. Причем все 3 признака были отмечены только 14 случаях. В отечественной периодике встречается 1 описание с 2 симптомами — плевральным выпотом и поражением ногтей [3].

Основная роль в патогенезе отводится гипоплазии лимфатических сосудов. Вероятнее всего, плевра поражается при неспецифических воспалительных заболеваниях легких и бронхите [4]. Клиническая картина плеврита при этом синдроме характеризуется неспецифичностью и протекает в виде длительного вялотекущего воспалительного процесса. В 50 % случаев выпот бывает 2-сторонним [5].

За 25-летний период работы отделения торакальной хирургии СОКБ им. М.И.Калинина данная патология была диагностирована впервые. Приводим клиническое наблюдение.

Больной Т., 1944 г. р., 13.08.07 поступил в отделение торакальной хирургии из центральной районной больницы в связи с длительно текущим правосторонним плевритом. Курильщик. В октябре 2006 г. после ОРВИ на фоне хронического бронхита у пациента был выявлен правосторонний плеврит. Учитывая неэффективность консервативного лечения и подозрение на туберкулезный характер плеврита, в областном противотуберкулезном диспансере 26.11.06 были выполнены диагностическая видеоторакоскопия справа, биопсия плевры и легкого. При гистологическом исследовании выявлены бронхит, пневмосклероз, фибрознотуплщенная плевра. Впоследствии, с декабря 2006 г. по июнь 2007 г., сохранялись явления плеврита, периодически производились симптоматические плевральные пункции.

При поступлении в отделение торакальной хирургии больной жаловался на периодическую одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, сухой малопродуктивный кашель. Кроме того, в течение 30 лет у него имелся лимфатический отек нижних конечностей, происхождение которого он связывает с наследственностью: у матери и бабушки по материнской линии также прижизненно была диагностирована идиопатическая лимфедема нижних конечностей. Указаний на какую-либо легочную патологию у родственников не было. Поражение лимфа-

тических сосудов характеризовалось стойким непрогрессирующим отеком нижних конечностей до уровня паховых складок с 2-кратным увеличением объема. Курсы обследования в специализированных сосудистых центрах не позволили диагностировать причину лимфедемы. Около 15 лет назад пациент отметил изменение окраски и формы ногтей пальцев обеих кистей: они приобрели желтый цвет, стали выпуклыми, полированными. Данные изменения больной объясняет своей профессиональной деятельностью зубного техника, т. к. работает с гипсом.

При физикальном исследовании общее состояние удовлетворительное, телосложение гиперстеническое, кожные покровы бледно-коричневого цвета. Грудная клетка без видимых деформаций. При глубоком дыхании определяется незначительное отставание правого гемиторакса. Голосовое дрожание в нижних отделах ослаблено, больше справа. При перкуссии выявлено укорочение легочного тона в нижних отделах по задним линиям. Дыхание везикулярное, прослушиваются рассеянные сухие хрипы в проекции верхушек легких, дыхание в заднебоковых нижних отделах ослаблено. Бронхофония ослаблена справа. Пульс — 76 мин<sup>-1</sup>, артериальное давление — 130 / 80 мм рт. ст. Патологии органов брюшной полости и мочевыделительной системы не обнаружено.

Кисти рук обычной формы и окраски, пальцы не деформированы. Все ногтевые пластинки бледно-желтые, за исключением 2-го пальца левой кисти (ярко-желтый цвет). Ногтевые пластинки несколько утолщены, с выпуклой гладкой поверхностью, "полированные", по форме — узкие, удлиненные, основание без изменений (рис. 1).

Нижние конечности обычного цвета, с незначительным расширением поверхностной венозной системы в виде ретикулярного варикоза. Определяются отек обеих нижних конечностей до уровня паховых складок и пульсация на всех магистральных артериях. Ногти стоп также желтого цвета, утолщенные, с явлениями гиперкератоза (рис. 2).



Рис. 1. Кисти и пальцы рук больного. Желтая окраска ногтей

http://www.pulmonology.ru



Рис. 2. Общий вид больного спереди. Лимфатический отек нижних конечностей

При обзорной рентгенографии легочные поля без инфильтративных изменений, выявляется затемнение в нижних отделах с обеих сторон за счет наличия осумкованной жидкости, тень средостения расположена обычным образом (рис. 3). При ультразвуковом исследовании обнаружены признаки 2-стороннего осумкованного гидроторакса. Посредством фибробронхоскопии диагностирована дыхательная дистония I степени. При исследовании функции внешнего дыхания выявлены умеренное снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) и умеренные нарушения проходимости дыхательных путей (ЖЕЛ – 66 %, форсированная ЖЕЛ -66 %, объем форсированного выдоха за 1-ю с  $(O\Phi B_1)$  -62 %). По данным цветного допплеровского картрирования нижних конечностей, проходимость глубоких вен сохранена, просвет сосудов равномерный, кровоток достаточный, перфорантные вены четко не видны, на голенях утолщена подкожная клетчатка с расширением лимфатических щелей, имеется лимфостаз. Результаты общего анализа крови были следующими: эритроциты –  $4,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — 134 г/л, лейкоциты — 12,6 × 10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 55 мм/ч. При исследовании крови посредством полимеразной цепной реакции микобактерии туберкулеза не обнаружены. В ходе биохимического анализа крови изменения не выявлены.

Выполнялись повторные диагностические и лечебные пункции с эвакуацией серозно-фибринозного экссудата. Анализ экссудата: глюкоза -3.0%, микобактерии туберкулеза не обнаружены, выраженная лимфоцитарная реакция >90%, лимфоциты с омоложением и атипией клеточных форм, белок -36.3 г/л, проба Ривольта положительная, посевы стерильные.

Учитывая прогрессирование явлений плеврита и подозрение на онкологический характер заболевания, 21.06.07 с диагностической целью была проведена операция — видеоассистированная мини-торакотомия справа. Интраоперационно легкое подвижное, обычного цвета, незначительно уплотнена нижняя доля, па-

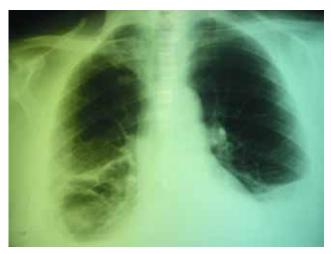


Рис. 3. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки. 2-сторонний плеврит

риетальная плевра отечная, тусклая, поверхность ее гладкая, без высыпаний, в задних отделах плевральной полости — серозный экссудат (~ 150 мл). Выполнена краевая резекция нижней доли легкого, эксцизия 3 лоскутов париетальной плевры с целью биопсии. Послеоперационный период прошел без осложнений. При гистологическом исследовании фрагментов ткани легкого обнаружены явления хронического бронхита, пневмосклероза, очаги разрастания гладких мышц, эмфизема, фиброзно-утолшенная плевра с отеком и воспалительной инфильтрацией с расширенными лимфатическими сосудами; фиброзно-мышечная жировая ткань с отеком и очаговой лимфогистиоцитарной инфильтрацией.

На основании клинико-анамнестических данных, результатов инструментального обследования и гистологического заключения у больного диагностирован синдром желтых ногтей со всеми 3 признаками. Проведен курс консервативного лечения, включающего антибактериальную, противовоспалительную, бронхо- и муколитическую терапию. Пациент выписан под наблюдение пульмонолога. По результатам осмотра через 1 мес., состояние удовлетворительное, одышка не прогрессирует, на контрольных рентгенограммах грудной клетки просматриваются плевральные спайки, наложения.

Приведенное наблюдение больного с синдромом желтых ногтей, а также анализ литературы позволяют выдвинуть некоторые теоретические положения. Пациент рожден в одной из стран Средиземноморского бассейна, где частота развития редких заболеваний высока (периодическая болезнь и др.). Наличие лимфостаза в анамнезе у прямых родственников может указывать на наследственный фактор в этиопатогенезе данного синдрома. Отсутствие других признаков у матери и бабушки пациента можно расценивать как этапное течение заболевания с постепенной экспрессией симптомов. С другой стороны, для присоединения легочной патологии, вероятнее всего, необходимо фоновое заболевание (бронхит курильщика). Поражение ногтей происходит при наличии какого-либо провоцирующего фактора, в данном случае - работы с гипсом. Наличие всех 3 симптомов у пациента можно объяснить развернутой клинической картиной патологии.

## Литература

- 1. *Лайт Р.У.* Болезни плевры: Пер. с англ. М.: Медицина; 1986.
- 2. *Mambretti-Zumwalt J., Seidman J. M., Higano N.* Yellow nail syndrome: complete triad with pleural protein turnover studies. South. Med. J. 1980; 73: 995–997.

112 Пульмонология 1'2009

- 3. *Трубников Г.В., Клестер Е.Б., Танков Ю.П.* Синдром желтых ногтей и поражение плевры (описание случая). Пульмонология 2005; 1: 119—121.
- 4. *Emerson P.A.* Yellow nails, lymphoedema, and pleural effusions. Thorax 1966; 21: 247–253.
- 5. Hiller E., Rosenow E. C. III, Olsen A.M. Pulmonary manifestations of the yellow nail syndrome. Chest 1972; 61: 452–458.

## Информация об авторах

Корымасов Евгений Анатольевич – д. м. н., проф., зав. кафедрой и клиникой хирургии ГОУ ВПО "Самарский государственный меди-

цинский университет Росздрава"; тел.: (846) 956-22-72; e-mail: korymasov @mail.ru.

Пушкин Сергей Юрьевич – к. м. н., зав. хирургическим торакальным отделением Самарской областной клинической больницы им. М.И.Калинина; тел.: (846) 956-22-72; e-mail: serpuschkin@rambler.ru.

Бенян Армен Сисакович – к. м. н., зав. операционным отделением Самарской областной клинической больницы им. М.И.Калинина; тел.: (846) 956-22-72; e-mail: armenbenyan@samaradom.ru.

Песнева Ольга Вячеславовна – торакальный хирург Самарской областной клинической больницы им. М.И.Калинина; тел.: (846) 956-22-72; e-mail: tango13@mail.ru.

Поступила 26.06.08 © Коллектив авторов, 2009 УДК 617.54-089

http://www.pulmonology.ru