

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1998

УДК 616.24-002.828-036.14

В.П.Харченко, П.М.Котляров, Н.А.Глаголев

СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННОГО АСПЕРГИЛЛЕЗА ЛЕГКИХ

Московский научно-исследовательский институт диагностики и хирургии

Аспергиллез относится к заболеваниям, вызываемым плесневыми патогенными для человека грибами *Aspergillus niger* и *Aspergillus fumigatus*. Возбудитель заболевания относится к аэробам, широко распространен в природе, постоянно встречается в почве. В организм человека возбудитель обычно проникает аэрогенным путем. Заболеванию подвержены люди, вдыхающие богатую спорами гриба пыль, получающие массивные дозы антибиотиков, стероидных гормонов, цитостатических препаратов. Впервые как легочный

микоз оно было описано Р.Вирховым в 1851 году. Аспергиллез может возникнуть как на фоне неизменной легочной ткани (первичная форма заболевания), так и присоединиться к хроническим легочным заболеваниям (вторичная форма). Как правило, легочный аспергиллез возникает на фоне уже имеющихся в легочной ткани полостей.

Клинически аспергиллез может протекать остро и хронически. В остром периоде заболевание протекает тяжело и плохо поддается лечению. Для хронического

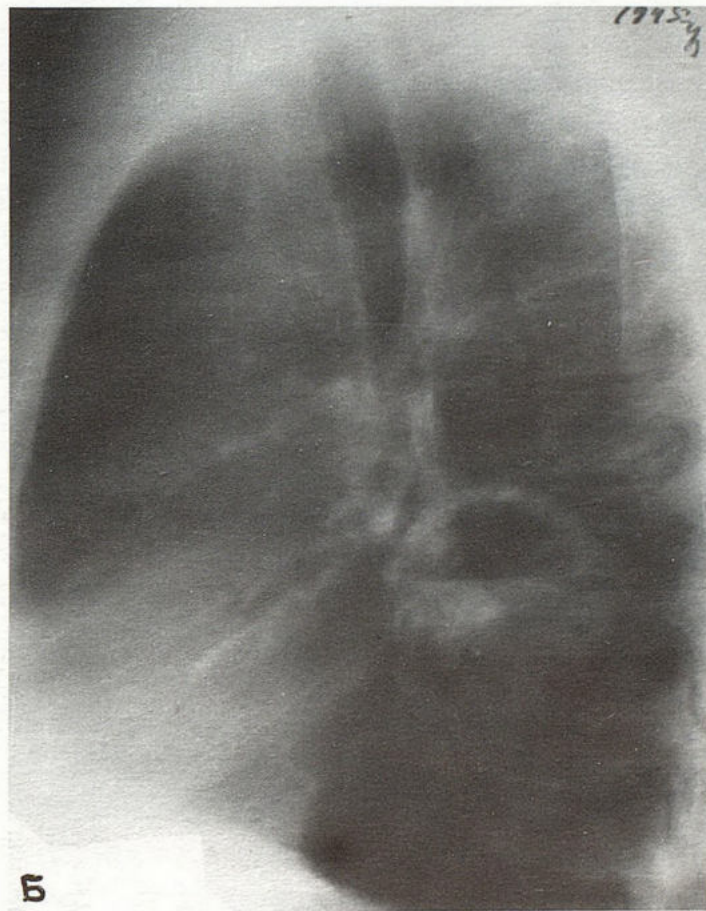
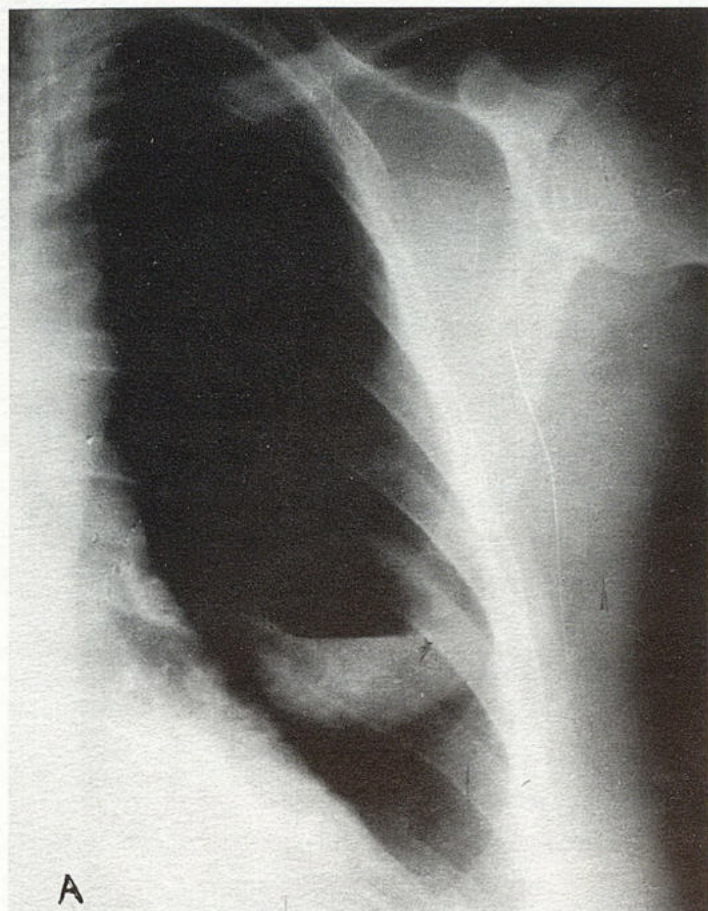


Рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки. а — прямая проекция. б — боковая проекция.

Мягкотканное образование неправильной формы с нечеткими наружными контурами, ниже которого (в проекции нижней доли) определяется округлая тень с распадом.

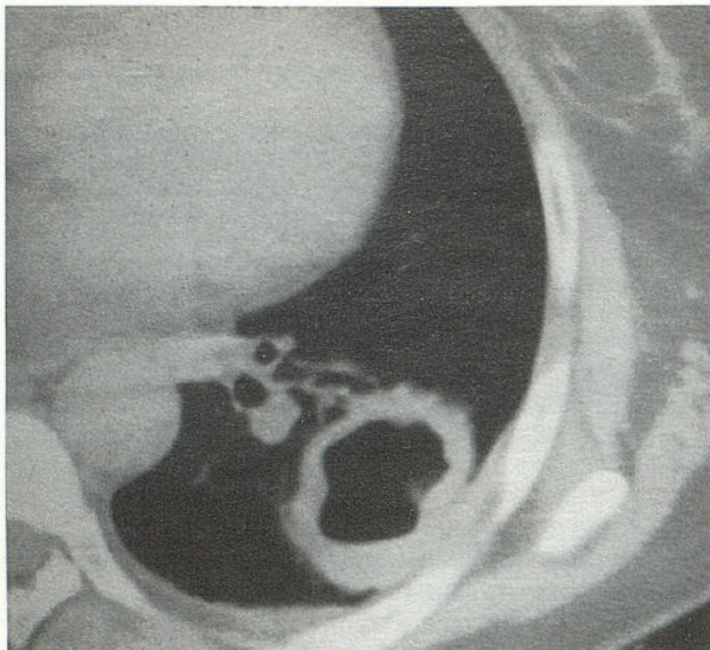


Рис.2. Компьютерная томография органов грудной клетки.

Субплеврально на границе 8-го и 9-го сегментов левого легкого на фоне фиброзных изменений легочной ткани — кистозное образование с грибовидным мягкотканым разрастанием по внутренней поверхности неравномерно утолщенной стенки этого образования

аспергиллеза характерно отсутствие температурной реакции, его трудно отдифференцировать от проявлений основного процесса, на фоне которого он развивался. Эта форма, с нашей точки зрения, наиболее трудна и интересна для диагностики. Приводим наблюдение первичного хронического аспергиллеза легких.

Больной Б. в конце января 1997 года был поставлен диагноз “эхинококкоз левого легкого”. Больную беспокоили слабость и кашель с незначительным количеством мокроты, который появился в ноябре 1996 года без видимых причин; температурной реакции у больной не было. Лечилась по поводу бронхита амбулаторно. В поликлинике при обычном рентгенологическом исследовании были выявлены две тени в левом легком; при серологическом исследовании крови была получена положительная реакция на эхинококкоз, что послужило основанием для предварительного диагноза.

Объективные данные при поступлении в Институт: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, периферических отеков нет. Грудная клетка нормальной конфигурации, число дыханий 24 в минуту, при перкуссии грудной клетки в нижних ее отделах слева — укороченный легочный звук, при аускультации — дыхание везикулярное. При исследовании других органов и систем патологии выявлено не было. Общие анализы крови и мочи — без особенностей. При серологическом исследовании крови на эхинококкоз дважды была получена слабоположительная реакция. ЭКГ — умеренные изменения миокарда левого желудочка. При бронхофиброскопии были получены признаки диффузного атрофического бронхита.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки (рис.1) в нижней доле левого легкого на границе 6-го и 9-го сегментов имелось округлое полостное образование диаметром до 50 мм с неравномерно утолщенной стенкой, содержащее жидкость и газ. Чуть выше этого образования находилась еще одна тень периферического образования неправильной овальной формы, диаметром около 15 мм, довольно гомогенной структуры. Междолевая плевра на уровне полостного патологического образования выбухала, корни легких структурны, тень сердца расширена влево, аорта без особенностей, диафрагма обычно расположена. Жидкости в плевральных полостях не было. Учитывая результаты серологической реакции на эхинококкоз и данные рентгенологического исследования, было сделано заключение об эхинококковом поражении легкого. При этом полностью не исключался периферический рак левого

легкого с распадом и внутрилегочным отсевом. Для уточнения природы и распространенности процесса было выполнено компьютерно-томографическое исследование органов грудной клетки, при котором (рис.2) субплеврально, на границе 8-го и 9-го сегментов левого легкого на фоне фиброзных изменений легочной ткани было выявлено воздушное кистозное образование с грибовидным мягкотканым разрастанием по внутренней поверхности неравномерно утолщенной (до 15 мм) стенки этого образования. В проекции S₁₋₂ левого легкого была выявлена дополнительная периферически расположенная округлая тень, довольно гомогенной структуры, мягкотканной плотности, до 18 мм в диаметре. Корни легких структурны. Лимфатические узлы средостения и корней легких не увеличены. Было дано заключение: полученные КТ-данные могут соответствовать (учитывая данные повторных серологических реакций) опорожнившейся эхинококковой кисте нижней доли левого легкого; однако нельзя исключить наличие аспергиллемы; в меньшей степени полученные данные характерны для периферического рака легкого.

Получение биопсийного материала для гистологического исследования не проводилось из-за предполагаемого наличия эхинококкоза. Проведенные микроскопическое и микологическое исследования дали отрицательный ответ. Диагноз оставался неясным.

Больная была оперирована: выполнена левосторонняя нижняя лобэктомия с краевой резекцией 2-го сегмента верхней доли. При гистологическом исследовании материала, полученного на операции: оба образования в легком являются грибковым поражением и относятся к категории аспергиллеза; в лимфатических узлах — реактивная гиперплазия лимфоидной ткани.

Наблюдение представляет интерес редким сочетанием первичного и вторичного аспергиллеза легкого при отсутствии клинико-лабораторных данных за грибковое поражение. Диагноз аспергиллеза вызвал значительные диагностические трудности. “Стертая” клиническая картина, неоднократная положительная серологическая реакция на эхинококкоз, отрицательные данные микологического исследования мокроты и рутинные рентгенологические данные свидетельствовали больше в пользу эхинококкового поражения легкого и не позволили заподозрить аспергиллез. Использование рентгеновского компьютерно-томографического метода позволило внести коррективы и в дифференциальном ряду предположить наличие аспергиллемы на основании “скрывающихся” на фоне жидкости на рентгенограммах признаков: округлая, опухолеподобная форма дополнительного образования, кольцевидное просветление, внутри которого имеется пристеночное гомогенное округлое затемнение с четкими контурами, окруженное с трех сторон серповидной полоской газа.

Сложность лучевой диагностики аспергиллезного поражения была обусловлена также наличием двух теней, находящихся в разных долях легких и имеющих разную визуализацию: в верхней доле — гомогенное округлое образование мягкотканной плотности без видимых изменений окружающей легочной ткани, в нижней доле — полостное образование с жидкостью, газом и пристеночным мягкотканым (видимым на фоне жидкости при компьютерной томографии) образованием, не смещаемым при полипозиционном исследовании. Можно полагать, что специфические изменения в нижней доле левого легкого, развившись на фоне имевшейся кисты, носили вторичный характер.

Компьютерная томография в приведенном наблюдении явилась основным методом, позволившем заподозрить наличие аспергиллеза, определить точную локализацию и распространенность процесса, а затем выполнить органосохраняющую операцию.

Поступила 30.04.98.