

Задача № 3

Дифференциальная диагностика кистозных образований легких

О.Н.Бродская¹ ✉, Д.Г.Солдатов¹, М.А.Макарова¹, Н.А.Бухтоярова²

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени Д.Д.Плетнева Департамента здравоохранения города Москвы»: 105077, Москва, ул. 11-я Парковая, 32

© Бродская О.Н. и соавт., 2023

Для цитирования: Бродская О.Н., Солдатов Д.Г., Макарова М.А., Бухтоярова Н.А. Дифференциальная диагностика кистозных образований легких. *Пульмонология*. 2023; 33 (1): 129–131, 134–136. DOI: 10.18093/0869-0189-2023-33-1-129-131-134-136

Challenge No.3

Differential diagnosis of cystic lung masses

Olga N. Brodskaya¹ ✉, Dmitry G. Soldatov¹, Marina A. Makarova¹, Natalya A. Bukhtoyarova²

¹ Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov Medical University), Healthcare Ministry of Russia: ul. Ostrovityanova 1, Moscow, 117997, Russia

² State Budgetary Healthcare Institution “City Clinical Hospital named after D.D.Pletnev of the Department of Health of Moscow City”: ul. Odinnadtsataya Parkovaya 32, Moscow, 105077, Russia

© Brodskaya O.N. et al., 2023

For citation: Brodskaya O.N., Soldatov D.G., Makarova M.A., Bukhtoyarova N.A. Differential diagnosis of cystic lung masses. *Pul'monologiya*. 2023; 33 (1): 129–131, 134–136 (in Russian). DOI: 10.18093/0869-0189-2023-33-1-129-131-134-136

Диффузные кистозные заболевания легких нередко представляют собой сложные диагностические загадки, ключом к пониманию которых являются особенности строения и локализации кист, наличие поражений других органов и систем, генетической предрасположенности. При принятии решения о морфологической верификации затруднение у клиницистов вызывает выбор метода получения материала.

В рамках предложенной задачи предлагается сформулировать предварительный диагноз и оценить потенциал гистологического подтверждения.

Пациентка М. 38 лет обратилась к пульмонологу в связи с изменениями, выявленными по результатам компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки (ОГК) (рис. 1). Жалоб на кашель, продукцию мокроты, одышку, боль в грудной клетке не предъявляет. Значимого анамнеза по заболеваниям легких нет. Перенесенные пневмонии, плевриты, пневмотораксы отрицает.

Из анамнеза известно, что пациентка с младенческого возраста страдает судорожным синдромом. Наблюдается и получает терапию у неврологов и генетиков.

Ранее КТ ОГК не проводились, флюорография выполнялась регулярно, значимых отклонений не выявлено. Никогда не курила. Профессиональных вредностей не отмечено.

Проживает в хороших бытовых условиях. Аллергия на пыль, пыльцу, продукты питания, животных, лекарства отсутствует. Дома животных нет. Наследственность по заболеваниям легких и болезням нервной системы не отягощена. Беременностей не было.

При осмотре: кожные покровы чистые. На коже лица — ангиофибромы, на коже спины — множественные гипопигментные пятна размерами > 5 мм; 3 околоногтевых фибромы. Отеков нет. Частота дыхания — 14 в минуту. Перкуторно отмечается коробочный звук, везикулярное дыхание, отсутствие хрипов. Сатурация кислородом артериальной крови — 98 %, на фоне повседневной нагрузки (ходьба по отделению) десатурации не отмечено. Ритм сердца правильный, тоны приглушены, шумы не выслушиваются, акцент не выражен. Частота сердечных сокращений — 82 в минуту, артериальное давление — 140 / 90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см от края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный. Через переднюю брюшную стенку пальпируется левая почка.

В архиве пациентки обнаружены результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга с контрастированием (рис. 2) и брюшной полости и забрюшинного пространства (рис. 3).

К сожалению, в силу когнитивного дефицита маневры, необходимые для проведения функциональных исследований легких, выполнить не удалось.

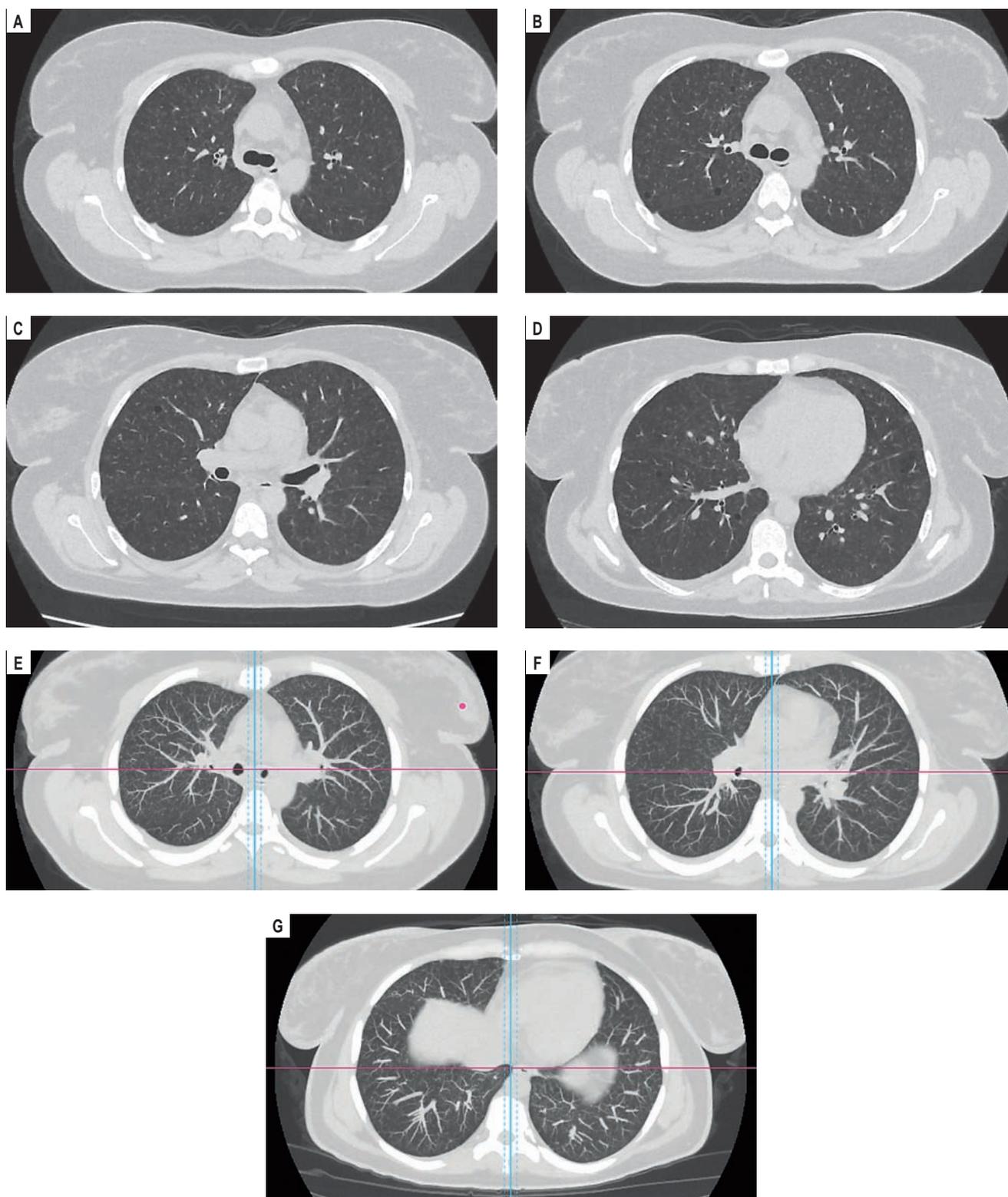


Рис. 1. Нативная компьютерная томограмма легких. Легочное окно. А–Г – мелкосетчатая деформация легочного рисунка с наличием множественных мелких очагов. Двусторонние множественные мелкие кисты в паренхиме легких; Е–Г – сканы в МIP-режиме

Figure 1. Native computed tomography scan of the lungs. Lung window. A–G, Fine-mesh deformity of the lung pattern with multiple small foci. Bilateral multiple small cysts in the lung parenchyma; E–G, scans in MIP mode

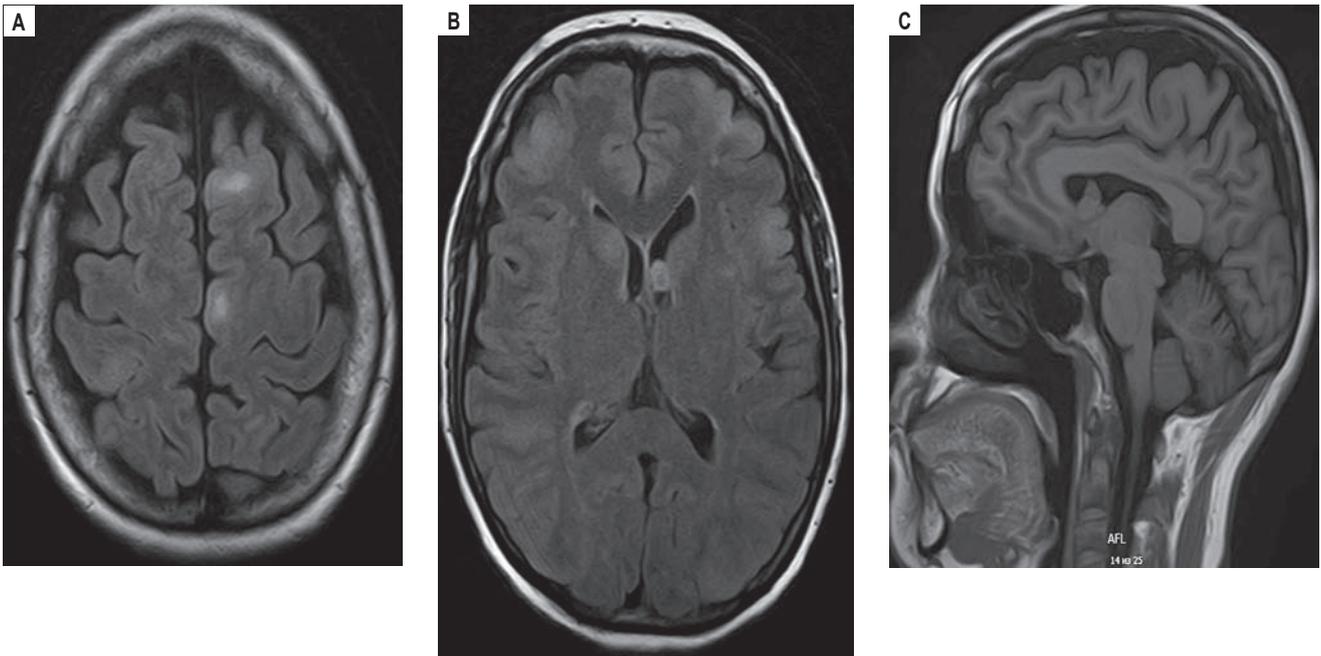


Рис. 2. А – очаги туберозного склероза на конвексиальной поверхности лобной и теменной доли левого полушария; В, С – солидное образование в теле левого бокового желудочка (анамнестически – субэпиндимальная гигантоклеточная астроцитома)

Figure 2. A, foci of tuberous sclerosis on the convex surface of the frontal and parietal lobes of the left hemisphere; B, C, solid mass in the body of the left lateral ventricle (based on the medical history, it is a subependymal giant cell astrocytoma)



Рис. 3. Картина липоматоза и кист почек

Figure 3. Picture of lipomatosis and kidney cysts

Для уточнения характера поражений легких следует выбрать правильный ответ из предложенного:

- дополнительных обследований не требуется, диагноз может быть установлен на основании представленной информации;
- необходима гистологическая верификация диагноза на основании трансбронхиальной биопсии;
- необходима гистологическая верификация диагноза на основании торакоскопической биопсии легочной ткани;
- необходима гистологическая верификация диагноза на основании криобиопсии легочной ткани;
- необходимо проведение цитологического исследования бронхоальвеолярной лаважной жидкости.

Предложите диагноз, исходя из описанного клинического наблюдения.

Ответ на клиническую задачу № 3 см. на с. 134–136.