

## Экссудативный плеврит редкой этиологии

Мухамбетова Г.С., врач пульмонолог  
ГККП «Костанайская областная больница»

Мужчина 29 лет был госпитализирован в клинику с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, лихорадку, отсутствие аппетита. За 5 дней до этого отмечал общее недомогание, ломоту в теле, дискомфорт в грудной клетке, повысилась температура тела. Самостоятельно принимал парацетамол, обращался в скорую помощь. В день госпитализации появилась резкая боль в правой половине грудной клетки, температура тела повысилась до 39,0С. Госпитализирован с диагнозом: внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, реактивный плеврит справа.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести, обусловленное интоксикационным синдромом. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Частота дыхания - 22 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы, правая половина несколько отстает при дыхании. При перкуссии определяется притупление над нижней долей правого легкого. При аускультации над областью притупления дыхание ослабленное, ниже угла правой лопатки в фазу вдоха выслушиваются немногочисленные влажные мелкопузырчатые хрипы. Частота сердечных сокращений 92/мин, артериальное давление - 120/80 мм рт. ст. Со стороны брюшной полости и почек патологии не выявлено.

При рентгенографии грудной клетки определяются инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого с реакцией плевры. В правой плевральной полости имеется жидкость до уровня переднего отрезка VI ребра. Тень средостения не расширена, аорта не изменена.

В клиническом анализе крови отмечалось увеличение СОЭ до 58 мм/час, снижение уровня гемоглобина - 113 г/л, лейкоцитоз до  $21 \times 10^9$  г/л, сдвиг влево лейкоформулы - палочкоядерный сдвиг до 50%, лимфопения 6%. В биохимическом анализе крови определялось повышение уровня креатинина до 0,20 ммоль/л. Анализ мокроты на туберкулез: трижды отрицателен. Анализ мочи в пределах нормы.

На основании клинических и рентгенологических данных поставлен диагноз: пневмония нижней доли справа, реактивный экссудативный плеврит.

С момента поступления начата антибактериальная терапия цефтри - 3гр/сутки, ципрофлоксацином 200мг/сутки. Несмотря на лечение сохранялся интоксикационный синдром. На пятые сутки рентгенологически отмечена отрицательная динамика - появилась инфильтрация в левом легком, лечение было изменено назначен амоксициллин 3600мг/сутки в комбинации с амикацином 1гр/сутки. На фоне проводимой терапии сохранялся интоксикационный синдром, температура снизилась, но оставалась субфебрильной.

С учетом отрицательной динамики проводилась дифференциальная диагностика с туберкулезом легких и раком легкого. Консультирован торакальным хирургом, от предложенной торакоскопии пациент отказался. Консультирован фтизиатром, который исключил туберкулезный процесс. При бронхоскопии выявлен эндобронхит. Мазки на туберкулез и атипические клетки отрицательны. При плевральной пункции получено 300мл серозного экссудата - цвет желтый мутный, уд вес - 1025, белок - 13,25 г/л, сегментов 16%, лимфоцитов 84. В препарате в большом количестве эритроциты, в меньшем - лимфоциты, лейкоциты, эозинофилы, мезотелиальные клетки. При анализе плевральной

жидкости в препарате обнаружена личинка аскариды.

На консультацию был приглашен инфекционист с учетом выявленной личинки аскариды, выставлен диагноз: Аскаридоз. Пневмония, вызванная аскаридозом. Было рекомендовано продолжить лечение, и к лечению присоединить гелминтокс 750 мг однократно, повторно 750 мг гелминтокса через 2 недели. Передано экстренное извещение в СЭС.

Выставлен диагноз: Правосторонний экссудативный плеврит паразитарной этиологии (аскаридоз). В терапию включен гелминтокс, из антибиотиков присоединен авелокс перорально по 400мг/сутки на 5 дней, с противовоспалительной целью назначен курс глюкокортикостероидов (преднизолон 25мг 5 дней).

Отмечалась положительная динамика: нормализовалась температура тела, у пациента появился аппетит. Аускультативно над нижней долей правого легкого в базальных отделах хрипы не выслушиваются, над остальными отделами дыхания везикулярное, хрипов нет. Данные клинических анализов крови в пределах нормы: гемоглобин 138 г/л, СОЭ - 5мм/час, палочек - 4%, сегментов - 86%, моноцитов - 1%, лимфоцитов - 9%. Креатинин снизился до 0,16 ммоль/л. Иммуноферментный анализ крови: положительный тест к антигенам лямблий и аскарид. Дуоденальное зондирование провести не удалось. Кал на яйца глист трижды отрицателен.

На двенадцатый лечения была проведена контрольная рентгенография грудной клетки, при которой инфильтрации в легочной ткани не выявлено. В наддиафрагмальной зоне справа имеется небольшой участок снижения прозрачности легочной ткани, утолщена диафрагмальная плевра. Латеральный синус облитерирован, определяется минимальное количество жидкости в правой плевральной полости.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача инфекциониста и терапевта. При контрольной рентгенографии грудной клетки через 3 месяца инфильтративных изменений в легких и жидкости в плевральной полости не выявлено.

### Обсуждение

Клинические проявления данного заболевания были неспецифическими (высокая лихорадка, кашель, боли в грудной клетке), а необходимость дифференциальной диагностики была продиктована неэффективностью лечения. При расширенном обследовании выявлена и установлена паразитарная этиология экссудативного плеврита. Это клиническое наблюдение показывает возможность миграции аскарид в глубокие ткани, в силу чего местом окончательной локализации могут становиться и внутренние органы. Таким образом этиология экссудативного плеврита наряду с частыми заболеваниями (пневмония, туберкулез, опухоль) может включать и такую редкую патологию.

### Литература

1. Овчаренко С.И. Наглядная пульмонология (перевод с английского Уорд Джереми). М., ГЭОТАР-Медиа, 2008г, с 68-69.
2. Чучалин А.Г., М., Респираторная медицина, том, 2. М., ГЭОТАР-Медиа, 2007г., с 411-436.
- Чучалин А.Г., М., Пульмонология. М., ГЭОТАР-Медиа, 2005г., с 68-69.