

Клиническая задача: “двусторонняя полисегментарная пневмония” у женщины 50 лет

И.Э. Степанян

Женщина 50 лет, по профессии экономист, поступила в клинику ЦНИИ туберкулеза РАМН 08.08.2005 г. с предположительным диагнозом “диссеминированный туберкулез легких”.

Анамнез. Заболевание началось остро: 10.07.2005 г. появился сухой кашель, температура тела повысилась до 39°C. Пациентка принимала жаропонижающие средства, температура тела снизилась, но кашель сохранялся. Через неделю в связи с повторным подъемом температуры тела до 39°C была проведена рентгенография, выявлены инфильтративные изменения в обоих легких (рис. 1), и пациентка была госпитализирована с диагнозом двусторонней пневмонии. После лечения цефотаксимом, ципрофлоксацином, кларитромицином, муколитиками и дезинтоксикационными средствами самочувствие нормализовалось.

Однако при **компьютерной томографии** (КТ) от 28.07 (рис. 2) в обоих легких на фоне выраженного обогащения легочного рисунка за счет интерстициального компонента выявлялись множественные очагово-инфильтративные изменения: в верхней доле правого легкого размерами до 3–5 мм, местами имеющие сливной характер, в средней доле – субплеврально до 15 мм, в VI сегменте – от 6 до 11 мм, а также в VIII сегменте; в левом легком множественные мелкоочаговые изменения по типу диссеминации в VI сегменте, субплеврально имелись фокусы в языковых и VIII сегментах разме-

рами до 29 мм. Внутригрудные лимфатические узлы не увеличены. При сравнении с КТ от 18.07 картина без существенной динамики, незначительно уменьшилась инфильтрация вокруг фокусов в нижней доле левого легкого. Пациентка была консультирована фтизиатром, был заподозрен диссеминированный туберкулез легких. Анамнез перенесенного туберкулеза, метатуберкулезные изменения при КТ и указания на контакт с больными туберкулезом отсутствовали, как и контакт с другими вредными фактора-

ми. На рентгенограмме от апреля 2004 г. патологические изменения не обнаруживались.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалоб нет. Кожа и слизистые оболочки чистые, обычной влажности и окраски. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не изменены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 100/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.



Рис. 1. Рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции в начале заболевания (17.07.2005).

Игорь Эмильевич Степанян – докт. мед. наук, ведущий науч. сотр., зав. терапевтическим отделением ЦНИИ туберкулеза РАМН.

На **рентгенограмме** (11.08.2005): легкие увеличены в объеме, повышенной пневматизации. Легочный рисунок диффузно деформирован за счет уплотнения соединительнотканых структур, отмечается редукция теней мелких сосудов. В обоих легких определяются рассеянные разнокалиберные фокусные тени. Корни легких уплотнены. Тень сердца и крупных сосудов без особенностей. Купол диафрагмы четкий.

Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная. Уровень IgG к МБТ 208 мкг/мл (сомнительное повышение). ДНК МБТ методом ПЦР в крови не обнаружена.

Гемограмма от 09.08.2005 г. в пределах нормы.

Функция внешнего дыхания: ЖЕЛ – 112% от должного, ОФВ₁ – 111%, нарушение проходимости бронхов мелкого и среднего калибров.

ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение ЭОС. Перегрузка правого предсердия. Умеренные изменения миокарда заднедиафрагмальной области.

09.08.2005 г. была выполнена **бронхоскопия** с трансбронхиальной биопсией (ТББ) и бронхоальвеолярным лаважем (БАЛ). Патологии в бронхах не выявлено.

В **БАЛ:** альвеолярных макрофагов 47%, повышена доля лимфоцитов (34%) и нейтрофилов (19%), ДНК МБТ методом ПЦР не обнаружена.

Цитологическое исследование материала ТББ: умеренно выраженная макрофагально-гистиоцитарная инфильтрация, небольшие участки фиброза. Кислотоустойчивые микобактерии не найдены.

Гистологическое исследование материала ТББ: участки легочной ткани с явлениями эмфиземы, пневмосклероза, лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации межальвеолярных перегородок. Гранулем не выявлено.

Таким образом, в результате проведенного обследования предположение о туберкулезной природе заболевания было отвергнуто, не было

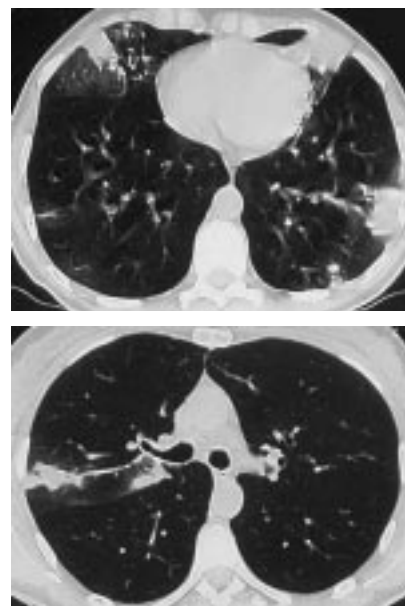


Рис. 2. КТ грудной клетки (28.07.2005).

также получено данных в пользу опухолевого процесса. Каковы ваши предположения о диагнозе и план дальнейших действий?



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Кардиология”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 60 руб., на один номер – 30 руб.

Подписной индекс 81609.

Научно-популярный журнал “Легкое СЕРДЦЕ”



Журнал популярных образовательных программ в кардиологии. Издание предназначено врачам, ведущим образовательные беседы, кружки и семинары для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, их родственников и близких. В журнале в доступной форме рассказывается об особенностях течения различных сердечно-сосудистых болезней, современных способах лечения и лекарствах, мерах профилактики, методах самонаблюдения при условии постоянного контроля со стороны лечащего доктора. Предлагается алгоритм обсуждения той или иной кардиологической проблемы с пациентом.

Журнал “Легкое сердце” является частью образовательного проекта для пациентов Федеральной целевой программы “Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ”. Он также будет интересен здоровым людям, заботящимся о своем здоровье и интересующимся достижениями современной медицины.

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ. Журнал выходит 4 раза в год.

Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” –

40 руб., на один номер – 20 руб. **Подписной индекс 81611.**