

Клиническая задача: легочная диссеминация у мужчины 33 лет

И.Э. Степанян

Мужчина 33 лет, житель Московской области, по профессии водитель, был госпитализирован в клинику ЦНИИ туберкулеза РАМН 21 февраля 2005 г. с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, периодический кашель со скудной слизистой мокротой, утомляемость.

Анамнез. С весны 2004 г. стал отмечать похудание (на 8–9 кг за полгода). В ноябре 2004 г. появились мучительный сухой кашель, одышка при незначительной физической нагрузке, нарастала слабость. В январе 2005 г. обратился в поликлинику, где при рентгенографии были выявлены диффузные изменения в легких (рис. 1), расцененные как диссеминированный туберкулез в фазе инфильтрации, МБТ (–). Ранее туберкулезом не болел, контакт с больными туберкулезом отрицал. Стаж курения более 25 пако-лет. В ПТД по месту жительства была назначена противотуберкулезная терапия. После месяца лечения одышка усилилась, на рентгенограмме было отмечено выраженное нарастание диффузной инфильтрации в легких (рис. 2). В связи с неэффективностью терапии пациент был переведен в ЦНИИ туберкулеза РАМН.

Состояние при поступлении средней тяжести. Кожа и слизистые оболочки чистые, обычной влажности, акроцианоз. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не изменены. В легких дыхание ослабленное, рассеянные сухие хрипы, ЧД 26/мин. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 82/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот

при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Результаты обследования. Гемограмма: гемоглобин – 143 г/л, эритроциты – $4,06 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,9 \times 10^9/л$ (эозинофилы – 3%, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 14%, моноциты – 9%), СОЭ – 33 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л, билирубин 9 мкмоль/л, АлАТ 40 Ед/л, АсАТ 40 Ед/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.

Проба Манту с 2 ТЕ сомнительная (папула 4 мм). Содержание IgG к МБТ в крови не повышено – 203 мкг/мл.

Исследования мокроты. В препаратах значительное скопление нейтрофилов и макрофагов в слизи, встречаются единичные эозинофилы. МБТ не обнаружены, роста неспецифической микрофлоры не получено.

Компьютерная томография (КТ) грудной клетки (10.03.2005): выраженная диффузная альвеолярная и интерстициальная инфильтрация. Диффузная фиброзная деформация межащи-

нарных, междольковых, межсегментарных и субсегментарных перегородок на всем протяжении легких. На этом фоне выявляется деформация и уменьшение просвета бронхов и бронхиол всех генераций. С обеих сторон, преимущественно в субплев-



Рис. 1. Рентгенограмма грудной клетки.



Рис. 2. Рентгенограмма грудной клетки.

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

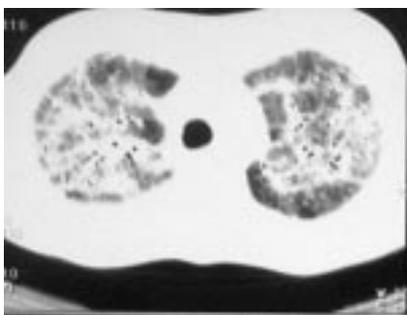


Рис. 3. КТ грудной клетки.

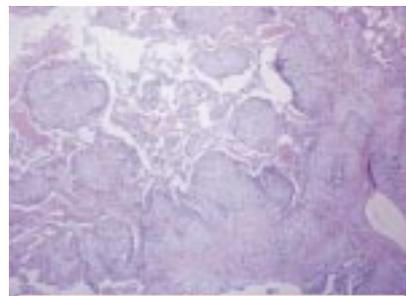
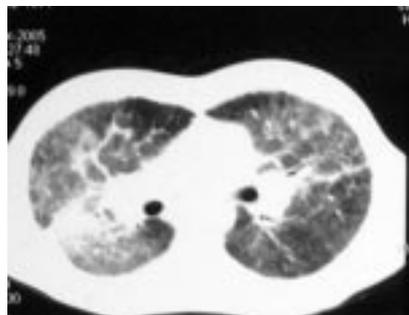


Рис. 4. Гистологическая картина открытой биопсии легкого.

ральных отделах, определяются участки эмфиземы. Лимфатические узлы средостения увеличены до 1,8 см. Признаков скопления жидкости в плевральных полостях нет. Диафрагма расположена обычно, контуры ее деформированы за счет плевродиафрагмальных спаек (рис. 3).

Функция внешнего дыхания:

ЖЕЛ – 28% от должного; ОФВ₁ – 28%; МОС₇₅ – 24%; МОС₅₀ – 21%; МОС₂₅ – 21%.

Газовый состав артериальной крови: РаО₂ – 60 мм рт. ст., РаСО₂ – 38 мм рт. ст.

ЭКГ: синусовая тахикардия (ЧСС 110/мин), нормальное положение

ЭОС, умеренные изменения миокарда задней стенки левого желудочка.

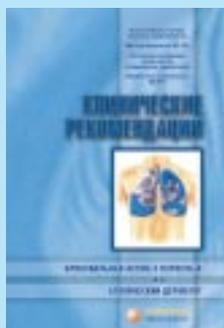
Сцинтиграфия легких с техне-трилом: распределение радиофарм-препарата по легочным полям крайне неравномерное. Справа в верхней доле, средних и латеральных отделах легкого наблюдается резкое нарушение регионарного кровотока, в нижне-медиальном отделе легкого кровотоки частично сохранены. Слева в проекции верхней доли легкого отмечается выраженное диффузное нарушение регионарного кровотока, в нижней доле кровотоки сохранены.

Для верификации диагноза 14.03.2005 г. пациенту была проведе-

на **открытая биопсия** с краевой резекцией III сегмента левого легкого. При ревизии левое легкое ригидное, плохо спадается, инфильтрировано, сливные очаги в верхних и нижних долях. Гистологическое исследование биопсийного материала: участки легкого с множественными эпителиоидно-клеточными гранулемами, особенно по ходу сосудов, бронхов и углощенной из-за склероза плевры. Гранулемы без казеоза, отграничиваются фиброзом (рис. 4).

Каково ваше мнение о диагнозе и дальнейшей лечебной тактике?

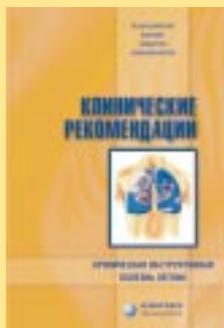
Книги издательства “АТМОСФЕРА”



Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. 272 с.

В новом клиническом руководстве по диагностике и лечению бронхиальной астмы у взрослых и атопического дерматита подробно освещены вопросы эпидемиологии, дифференциальной диагностики и лечения бронхиальной астмы и атопического дерматита, диагностики и лечения профессиональной и аспириновой астмы, астмы у беременных, а также проблемы ночной астмы, тяжелого обострения бронхиальной астмы, респираторной поддержки при астматическом статусе, влияния гастроэзофагеального рефлюкса и физической нагрузки на бронхоконстрикцию.

Для пульмонологов, аллергологов, терапевтов, врачей общей практики.



Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. 168 с.

В предлагаемой новой книге подробно освещены вопросы определения, классификации, диагностики, патогенеза, функциональной и дифференциальной диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Рассмотрены проблемы медикаментозного лечения ХОБЛ при стабильном течении болезни и при обострениях, а также кислородотерапия, респираторная поддержка и хирургическое лечение ХОБЛ.

Для пульмонологов, терапевтов, врачей общей практики.