

*ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии*

СЛУЧАЙ КОВИДНОЙ ПНЕВМОНИИ, ПРИНЯТОЙ ЗА ТУБЕРКУЛЕЗ

Д.м.н., проф. кафедры Е.В. Корж

Донецк, 04 мая 2023 г.

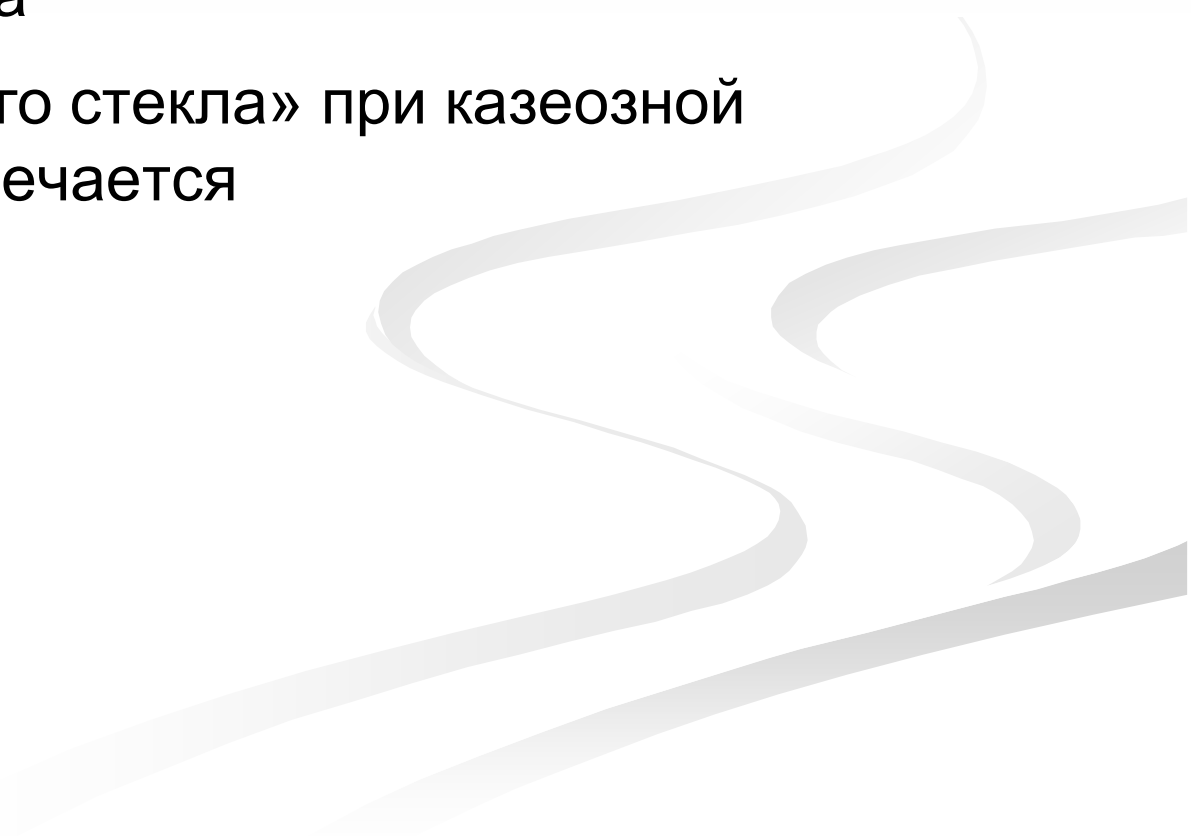
С началом пандемии Ковид-19 возникла необходимость дифференциальной диагностики ковидной пневмонии с другими заболеваниями легких, в частности с туберкулезом

Из всех клинических форм туберкулеза наибольшую схожесть с поражением легких при ковиде имеет казеозная пневмония

- Казеозная пневмония является наиболее тяжелой формой туберкулеза легких, отличается неблагоприятным течением и высокой летальностью
- Казеозная пневмония развивается преимущественно у лиц с асоциальным поведением, без определенного места жительства, мигрантов, беженцев. К группе риска относят больных сахарным диабетом, иммунодефицитами, алиментарным истощением

- Морфологически казеозная пневмония характеризуется массивной казеификацией легочной ткани с последующим расплавлением и отхождением некротических масс через бронхи
- В результате образуется большое количество полостей распада, фиброзных изменений и множественных участков бронхогенного отсева как на стороне поражения, так и в соседнем легком
- У больных казеозной пневмонией в отличие от ковидной отмечается длительный продромальный период в течение нескольких недель и даже месяцев
- Основным отличием казеозной пневмонии от ковидной является отсутствие тяжелой одышки даже при больших объемах поражения легочной ткани

- При одинаковых объемах поражения легочной ткани больные казеозной пневмонией чувствуют себя лучше: сознание ясное и остается таким вплоть до терминальной стадии, физическая активность ограничена не из-за одышки, а из-за слабости, пациенты могут передвигаться по палате, посещать столовую, туалет, продолжают курить
- При аускультации больных казеозной пневмонией хрипы не выслушиваются. Изредка – единичные сухие или влажные
- При наличии деструкций легких выявляется достаточно массивное бактериовыделение
- При казеозной пневмонии процесс чаще односторонний, обширный, захватывает долю (обычно верхнюю) или все легкое

- Рентгенологически при казеозной пневмонии тень более высокой интенсивности, неомогенная за счет большого количества деструкций, на стороне поражения и в соседнем легком определяются многочисленные очаги бронхогенного отсева, часто сливного характера
 - Феномен «матового стекла» при казеозной пневмонии не встречается
- 



А



Б

Казеозная пневмония: А - начало заболевания, Б – через 4 месяца противотуберкулезного лечения – образование фиброза, обширной полости в в/доле слева и множественных полостей в в/доле справа



А



Б

Казеозная пневмония: А – левого легкого, Б – правого легкого. Субтотальное неоднородное высокоинтенсивное затемнение, очаги отсева в соседнем легком

При ковидной пневмонии:

- Ведущим симптомом является сильная одышка на фоне интоксикационного синдрома
- Отличительный момент - возможность развития острого респираторного дистресс-синдрома, при котором требуется кислородная поддержка
- Первичный КТ-паттерн представлен картиной инфильтрации отдельных участков легких по типу «матового стекла»
- Позднее основным становится паттерн «булыжной мостовой» и участки альвеолярной инфильтрации, что коррелирует с неблагоприятным исходом
- Изменения располагаются в задних субплевральных и перибронхиальных отделах

Клинико-рентгенологическая картина ковидной пневмонии значительно отличается от казеозной, поэтому диагностические ошибки возникают редко

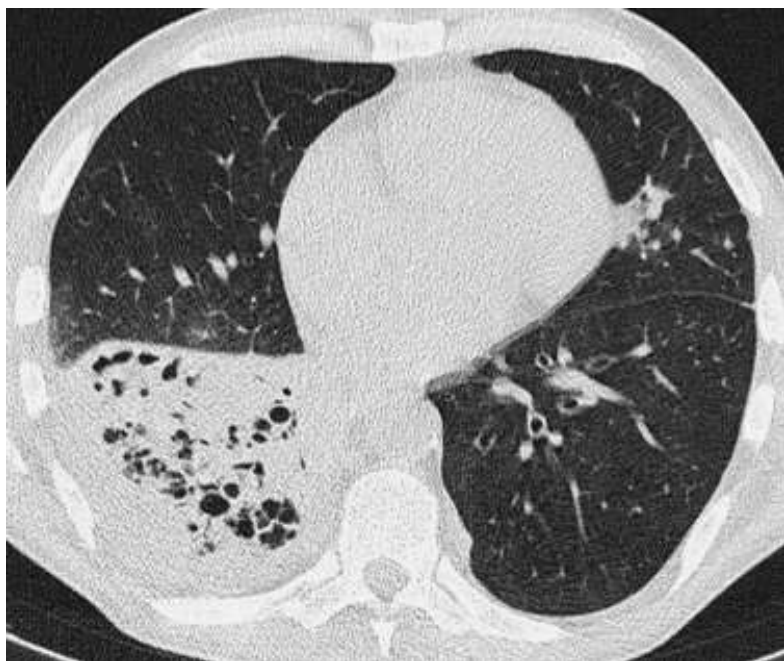
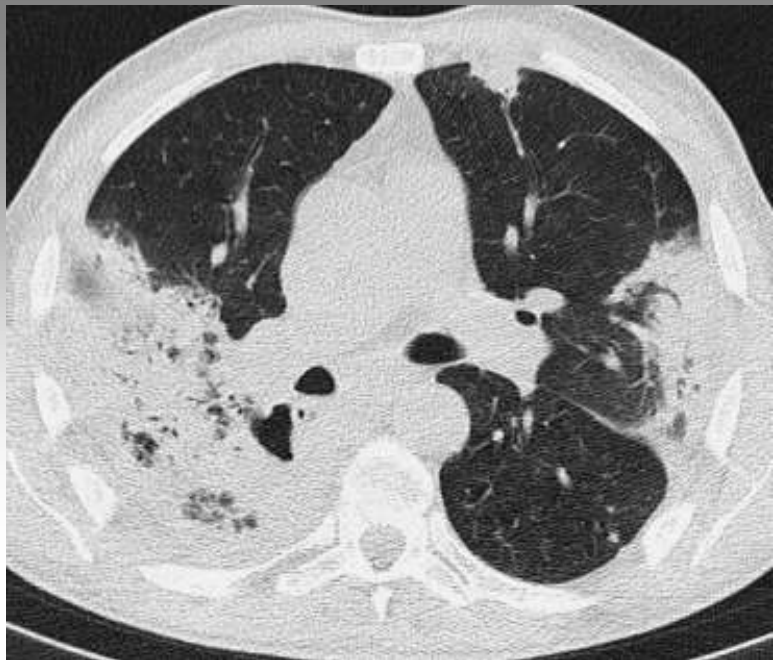
Основной причиной, позволяющей в ряде случаев ошибочно диагностировать туберкулез, является обширность поражения легочной ткани и недостаточный ответ на лечение антибактериальными препаратами

Для демонстрации приводим следующее наблюдение

- Больной А., 51 год, поступил с стационарное отделение РКТБ 19 марта 2021 г. с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боль в груди по ходу трахеи и крупных бронхов, повышение температуры до 37,4° по вечерам, снижение массы тела, слабость, потливость
- ВИЧ-инфицирован с 2015 г., получает АРТ, уровень CD4 на момент поступления - 948 кл/мкл (22,7 %). ВН < 40 РНК/копий
- Заболел постепенно с 15 февраля 2021 г., когда стал отмечать слабость и субфебрилитет. После 23 февраля температура достигла 38,5 – 39,0°, появилась нарастающая одышка, из-за которой 01 марта 2021 г. вызвал скорую помощь и госпитализирован в отделение интенсивной терапии ГБ № 1 с диагнозом пневмонии. Находился на кислородной поддержке. ПЦР-тест на Ковид-19 отрицательный

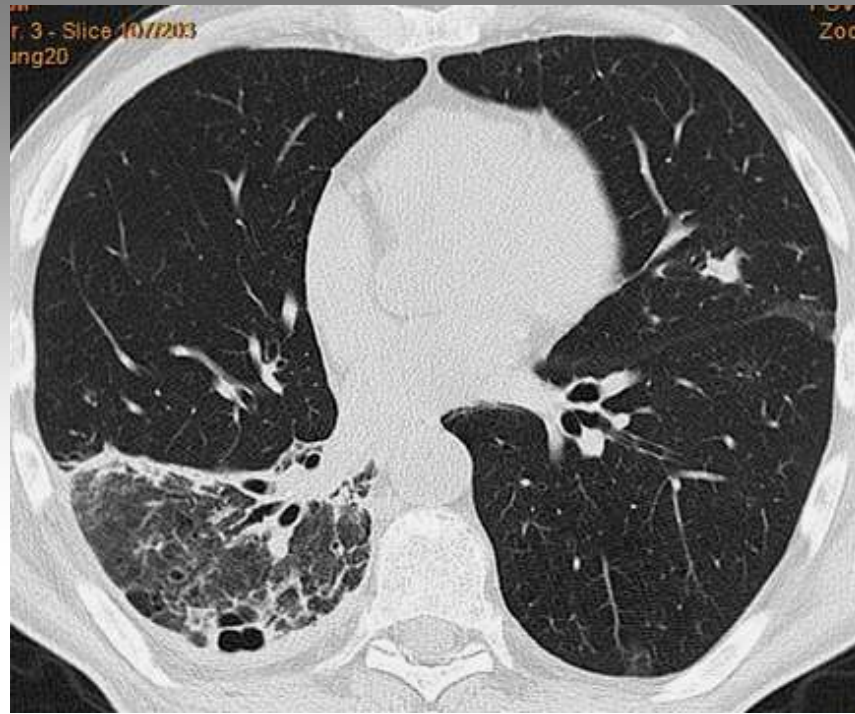
- Пролечен от пневмонии в течении 16 дней. Клинически состояние улучшилось, однако рентгенологически определялось увеличение объема поражения легких
- Консультирован фтизиатром РКТБ. Госпитализирован в РКТБ с диагнозом казеозной пневмонии
- При поступлении состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Одышка при разговоре до 28 в мин, дыхание шумное. Температура тела 37,5 С. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные, пальпируются мелкие подвижные лимфоузлы шеи до 1,0 см . Над легкими жестковатое дыхание, справа над всей поверхностью – крепитация, мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС - 78 в мин. АД – 110\70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 2-3 см, селезенка не пальпируется. Стопы пастозны

- Рентгенологически при поступлении в в/доле левого, верхней и нижней доле правого легкого определялась массивная инфильтрация легочной ткани с визуализацией бронхов и наличием воздухосодержащих полостей. В средостении – группы увеличенных паратрахеальных, бифуркационных лимфоузлов
- В мокроте: методом микроскопии КУБ не обнаружены, методом GeneXpert – ДНК МБТ не обнаружена.
- В крови: эр – 2,8 Т/л, Нв – 90 г/л, ЦП – 1,01, лейкоц. – 8,6 Г/л, п-10 %, с-69 %, э-2 %, л-13 %, м-6 %, СОЭ – 72 мм/час
- Биохимические показатели крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, активность трансаминаз) – в пределах нормы
- В моче – протеинурия до 0,4 /л, эр. – 2-4 в п/зр, лейкоц. – 6-8 в п/зр



Компьютерная
томограмма
ОГК больного
А. при
поступлении в
отделение

- В отделении с учетом острого начала, нехарактерной клинико-рентгенологической картин, отсутствия бактериовыделения при большом количестве полостей диагноз казеозной пневмонии был взят под сомнение
- Назначено лечение антибиотиками, имеющимися в отделении (доксациклин, линкомицин), метранидазолом, дексаметазоном, глюконатом кальция, амброксолом
- На фоне лечения значительно уменьшилась одышка, нормализовалась температура тела. Через 14 дней на контрольной рентгенограмме отмечалась выраженная динамика частичного рассасывания инфильтрации
- Больной выписан из отделения, рекомендовано продолжить лечение пневмонии у терапевта по месту жительства, исследовать кровь на антитела к Ковид-19. Назначена повторная консультация в РКТБ через месяц



При контрольном лучевом исследовании через месяц после выписки из РКТБ отмечалось развитие диффузного пневмосклероза

- При контрольном посещении фтизиатра больной предоставил результаты иммунологического обследования, выполненного после выписки из отделения. Уровень в крови антител к Ковид-19 достигал диагностического титра
- Особенности клинической картины, рентгенологическая динамика процесса в легких на фоне антибактериальной терапии и результаты иммунологического обследования позволили ретроспективно диагностировать у пациента ковидную пневмонию

Выводы

- При наличии характерных клинико-рентгенологических признаков поражения легких отрицательный ПЦР-тест на Ковид-19 не всегда является основанием для исключения ковидной пневмонии
- Острое начало, тяжелая дыхательная недостаточность, требующая кислородной поддержки, и отсутствие бактериовыделения при большом количестве деструкций в легких не является характерным для туберкулеза легких даже при отрицательной динамике процесса на фоне неспецифического антибактериального лечения



Б л а г о д
а р ю з а