



**Республиканская клиническая туберкулезная
больница МЗ ДНР**

**АБСЦЕДИРУЮЩАЯ ПНЕВМОНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-
ФТИЗИАТРА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

Врач – фтизиатр ТО1 Завгородний А.Ф.

Донецк - 2022

- 
- ▶ Диагностика пневмонии при наличии классических симптомов и признаков не представляет трудности. Верификация диагноза усложняется в случае атипичного и/или стертого течения, что может наблюдаться при сахарном диабете, застойной сердечной недостаточности, онкологической патологии
 - ▶ Снижение реактивности организма обуславливает отсутствие лейкоцитоза и лихорадки, медленное рассасывание инфильтрации. На этом фоне успешное излечение любой инфекции возможно только при условии эффективной терапии сопутствующей патологии. В противном случае длительное рассасывание пневмонической инфильтрации служит основанием для ошибочного вынесения диагноза туберкулеза и назначения больному противотуберкулезных препаратов

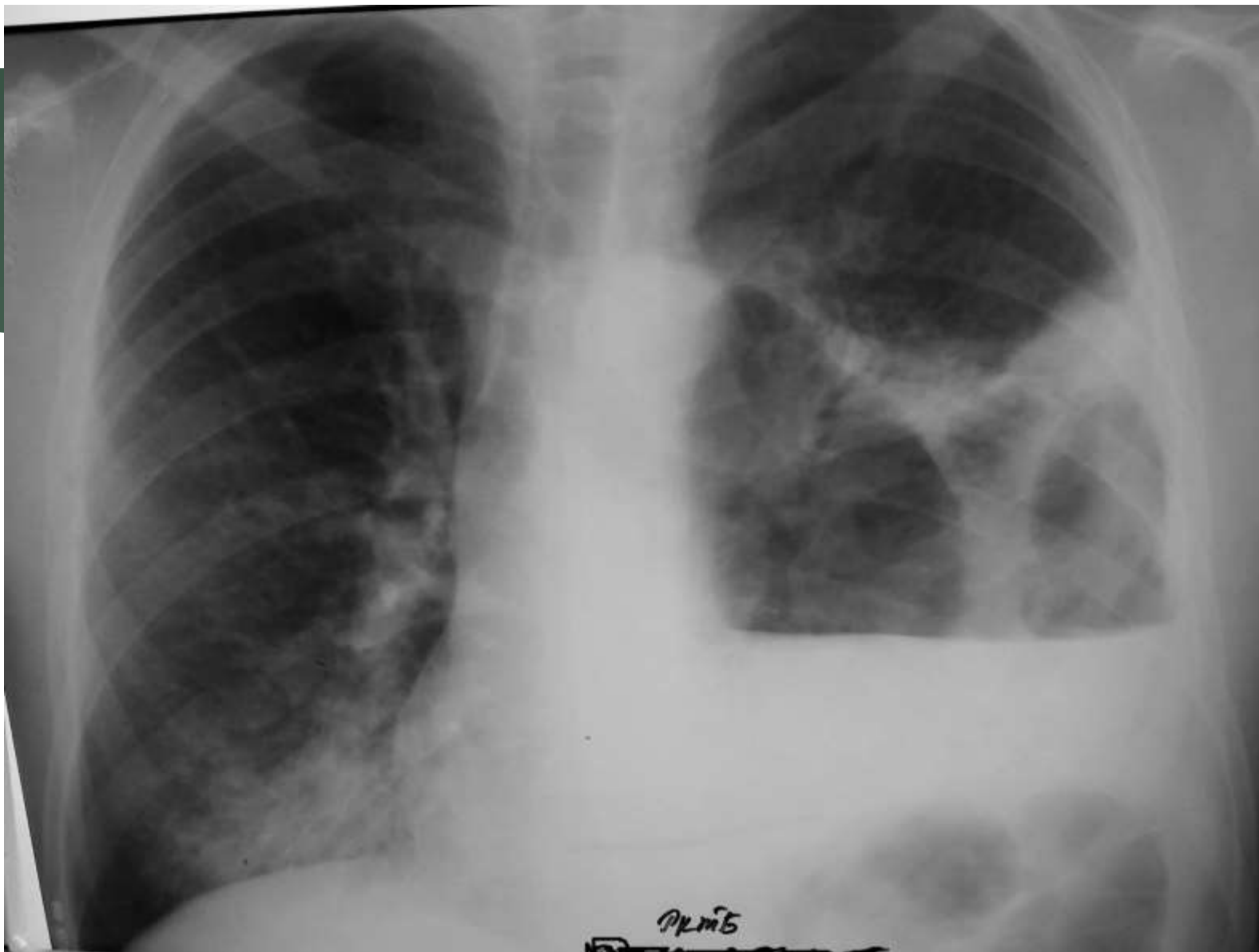
- 
- ▶ Правильный диагноз устанавливается при сравнительном анализе особенностей клинической картины, данных лабораторного и лучевого обследования в динамике
 - ▶ Большое значение имеет качество лечения пневмонии, поскольку применение препаратов с низкой активностью, в недостаточной дозировке или неполным курсом не оказывает требуемого воздействия, что может быть ошибочно расценено как неэффективность антибактериальной терапии и послужить поводом для постановки диагноза туберкулеза, что демонстрирует следующее наблюдение

Больной С., 27 лет. Поступил: 16 марта 2022 г

Жалобы: на приступообразный кашель с гнойно-слизистой мокротой, усиливающийся в горизонтальном положении тела, одышку в положении лежа, лихорадку до 38,5 С , отеки нижних конечностей, периодически жидкий стул.

Анамнез: Считает себя больным с 15.02.22 г, когда после эпизода физической нагрузки и переохлаждения появилась боль в левой половине грудной клетки. За медицинской помощью не обращался, т.к. злоупотреблял алкоголем. Лечился самостоятельно парацетамолом, состояние ухудшалось: усилилась боль в груди. появилась одышка, лихорадка, кашель с зеленой зловонной мокротой. Обратился на прием к терапевту, назначено лечение, названия препаратов больной не помнит, медицинская документация не предоставлена. Мокроту не исследовали. На фоне лечения посветлела мокрота, у нее пропал запах, однако сохранялась лихорадка, из-за приступов кашля и нарастающей одышки спал сидя. Вызвал бригаду СМП, доставлен в ЦГБ № 1 г. Донецка, где выполнены рентгенография и СКТ органов грудной клетки. Выявленные изменения были расценены, как возможный туберкулезный процесс, больной консультирован фтизиатром РКТБ. Для обследования и лечения госпитализирован в ТО-1 РКТБ

- ▶ **Объективно:** Общее состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Периферические л/у не увеличены. ЧД – 22 в минуту.
- ▶ **В легких:** дыхание справа над верхними отделами жесткое, в нижних отделах ослаблено, слева по задне-боковой поверхности – амфорическое, в аксиллярной области слева выслушиваются сухие свистящие хрипы, исчезающие после покашливания. Остальные данные – без особенностей



Рентгенологически: в S4,5 левого легкого – гигантская полость с горизонтальным уровнем жидкости. В средней и нижней долях правого легкого – очаги сливного характера.


Данные обследования при поступлении в ТО 1:

- ▶ **В крови:** Эр – 4,25 Т/л, Нв – 131 г/л, ЦП – 0,92, лейкоц. – 2,7 Г/л, миелоц.-1 %, метамиел.-1%, п-18%, с-58%, э-0%, л-11%, м-11%, СОЭ – 52мм/час
- ▶ Показатели биохимического состава крови (общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, активность трансаминаз – в пределах физиологической нормы. В моче изменений нет
- ▶ **В мокроте** методом микроскопии КУБ не обнаружены, методом GeenXpert МБТ (ПЦР) ДНК МБТ не обнаружена
- ▶ В отделении с учетом клинико-рентгенологической картины и отсутствия МБТ в мокроте был выставлен предварительный диагноз: двусторонняя полисегментарная негоспитальная пневмония с абсцедированием слева
- ▶ Начато лечение антибиотиками широкого спектра (цефтриаксон, кларитромицин) на фоне патогенетической и дезинтоксикационной терапии

- ▶ На фоне лечения улучшилось общее состояние, нормализовалась температура тела. Через 2 недели на контрольной рентгенограмме определялось незначительное уменьшение размеров абсцесса слева, но нарастание инфильтрации в нижней доле правого легкого

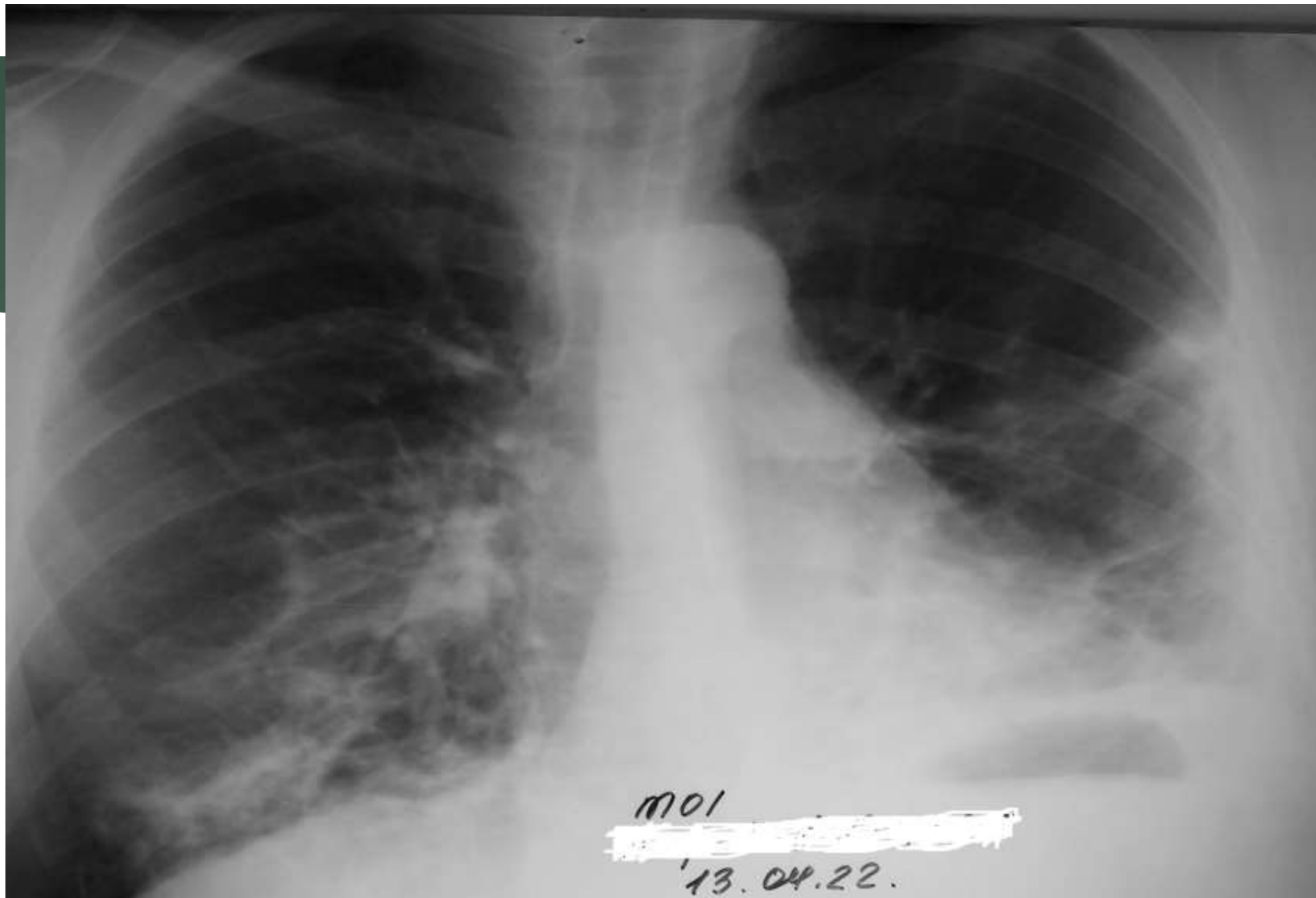


Рентгенограмма ОГК от 30.03.22: динамика уменьшения абсцессов слева, увеличения инфильтрации в нижней доле правого легкого

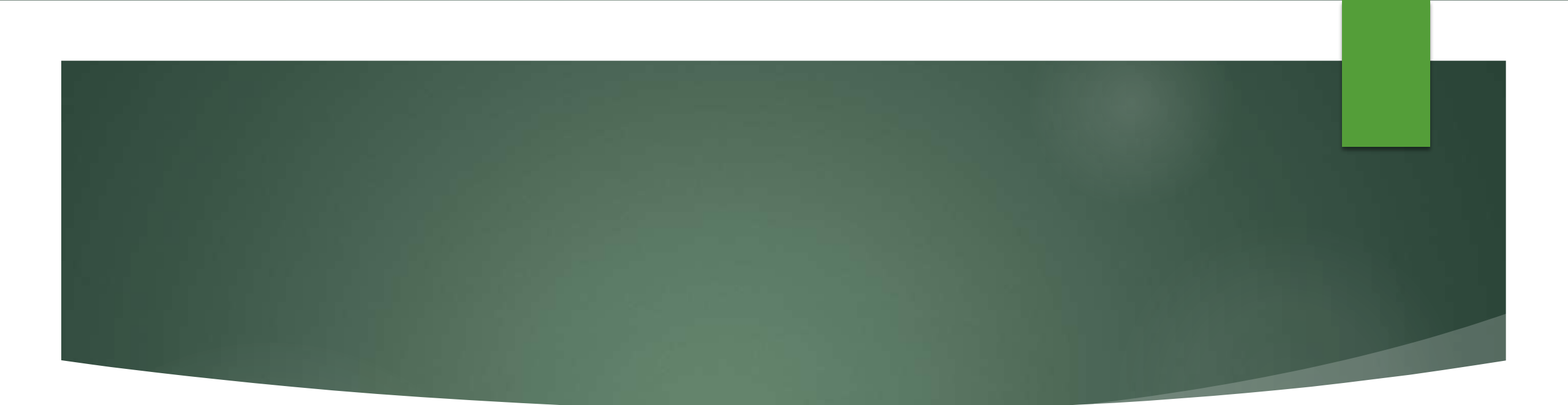


Назначен повторный курс лечения пневмонии: меропенем,
амоксиклав, метронидазол

Через 2 недели выполнена повторная рентгенография ОГК, где
отмечалась четкая положительная динамика уменьшения изменений
в легких



Рентгенография ОГК больного Е. после повторного курса лечения антибиотиками: динамика дальнейшего уменьшения абсцессов слева, уменьшение инфильтрации в нижней доле правого легкого

- 
- Больной был представлен на расширенный врачебный консилиум РКТБ
 - С учетом клинико-рентгенологической картины, отсутствия бактериовыделения и положительной динамики после применения антибиотиков широкого спектра наличие активного туберкулеза легких было исключено
 - Больному вынесен заключительный клинический диагноз двусторонней полисегментарной негоспитальной пневмонии с абсцедированием слева
 - Пациент был выписан из отделения для продолжения лечения у терапевта по месту жительства

Выводы

- ▶ Наличие характерной клинико-рентгенологической картины неспецифического воспалительного процесса в легких при отсутствии бактериовыделения требует интенсивной антибактериальной терапии, которую следует проводить в учреждениях общей лечебной сети
- ▶ Необоснованная госпитализация в специализированное противотуберкулезное отделение повышает риск суперинфекции



Благодарю за внимание!