

ТЯЖЕЛАЯ ТОТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТА С РИНОСКЛЕРОМОЙ

¹ ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России

² ГБУЗ Клиническая больница СМП г. Твери

Представлен клинический случай тяжелой тотальной пневмонии у больного с риносклеромой, диагностированный как гранулематоз Вегенера.

Ключевые слова: пневмония, риносклерома, гранулематоз Вегенера.

S.A. Vorobev¹, K.E. Nemirov²

SEVERE TOTAL PNEUMONIA IN THE PATIENT WITH RHINOSCLEROMA

¹Tver State Medical University

²Clinical emergency hospital of Tver, Russia

The article represents a case report of severe total pneumonia in the patient with rhinoscleroma, diagnosed as Wegener's granulomatosis.

Key words: pneumonia, rhinoscleroma, Wegener's granulomatosis.

Известно, что атипичное течение часто встречающихся заболеваний создает серьезные диагностические трудности в повседневной врачебной практике. При этом немаловажное значение имеет сопутствующая патология, способная видоизменять и маскировать клинические проявления основного заболевания. В частности, и до настоящего времени могут возникать трудности в диагностике пневмоний у пациентов с полиморбидной патологией. Еще большие проблемы возникают при редких сопутствующих заболеваниях, не диагностированных прижизненно, оказывающих негативное влияние на прогноз.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной П., 46 лет, мужчина без вредных привычек и предшествующей соматической патологии, 3 недели назад обратился к оториноларингологу с жалобами на заложенность носа, кровянистые выделения из него, повышение температуры до 38° С. Был госпитализирован в ЛОР-отделение городской больницы г. Твери с подозрением на двусторонний гайморит. При пункции верхнечелюстной пазухи получено гнойно-геморрагическое отделяемое в умеренном количестве. На фоне курсовой стандартной антибактериальной терапии нормализовалась температура тела, уменьшилась заложенность носа, общая слабость. Пациент был выписан к труду через 10 дней лечения. Но уже через несколько суток вновь появились кровянистые выделения из носа, лихорадка до 38° С, одышка при умеренной физической нагрузке, кровохарканье, боли в мышцах, выраженная общая слабость.

В приемном отделении БСМП г. Твери выполнена рентгенография грудной клетки, выявившая инфильтративные изменения в нижней доле правого легкого. Пациент был госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом «правосторонняя нижнедолевая пневмония».

Состояние больного при поступлении средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы несколько бледные, чистые. Умеренного питания. Седловидная деформация носа. ЧДД в покое 22 в минуту. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах грудной клетки с уровня угла лопатки по задней поверхности справа влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные, 104 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

В клиническом анализе крови эозинофилия (15%) без лейкоцитоза и нейтрофилиеза, незначительное ускорение СОЭ (20 мм/ч), анемия легкой степени с уровнем гемоглобина 100 г/л. В анализах мочи дважды зафиксирована эритроцитурия (19-20 эритроцитов в поле зрения), незначительная протеинурия – 0,1 г/л.

На фоне антимикробной химиотерапии первой линии в виде комбинации макролида (азитромицин 500 мг/сутки) с цефалоспорином (цефтриаксон 2 г/сутки) сохранялась лихорадка до 38,2° С. На 2-е сутки госпитализации у больного усилились головная боль, кровянистые выделения из носа, появилась припухлость левой щеки. При повторной пункции левой гайморовой пазухи получено гнойно-геморрагическое содержимое.

На 3-и сутки лечения произведена смена антибиотиков на пefлоксацин по 400 мг 2 раза в день в/в капельно и метрогил по 100 мл 2 раза в день в/в капельно. Несмотря на проводимую антибактериальную и противовоспалительную терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось: нарастала лихорадка до 39° С, дыхательная недостаточность, кровохарканье, миалгии, выраженная общая слабость. На коже в области правого локтевого сустава и крестца появились точечные геморрагические высыпания. На 5-е сутки к лечению добавлен в/в меронем по 1 г 4 раза в день, преднизолон по 300 мг в сутки в/в.

Рентгенография грудной клетки и спиральная КТ на 5-е сутки госпитализации обнаружили резко отрицательную динамику в виде массивных инфильтративных теней с выраженным интерстициальным компонентом практически по всем полям легких.

Сочетание в клинике геморрагического альвеолита, эритроцитурии, поражения придаточных пазух носа требовали исключения системных васкулитов, прежде всего, гранулематоза Вегенера и синдрома Чарга-Стросса, а также дифференциации с сепсисом, ВИЧ-инфекцией, фиброзирующим альвеолитом, вирусной геморрагической пневмонией. К лечению добавлены бисептол, флютиказон, транексамовая кислота, продолжалось в/в введение меронема. Тесты на ВИЧ-инфекцию, стерильность крови, антинейтрофиль-

ные цитоплазматические антитела (АНЦА) отрицательны. Из мокроты высеян негемолитический стрептококк, ВК(-).

Состояние больного прогрессивно ухудшалось, был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии БСМП. На повторной спиральной КТ грудной клетки динамика отрицательная в виде увеличения инфильтрации в нижних отделах обоих легких. На рентгенограммах пазух носа сохранялись признаки гайморита.

Интенсивная терапия безуспешна, больной был переведен на ИВЛ и через сутки скончался при явлениях прогрессирующей сердечно-легочной недостаточности.

Посмертный клинический диагноз учитывал наличие легочно-почечного синдрома, поражения пазух носа, геморрагического альвеолита, кожной геморрагической сыпи, отсутствие эффекта от рациональной антибиотикотерапии, несмотря на отрицательный тест на АНЦА.

Основное заболевание: Системный васкулит (гранулематоз Вегенера), тяжелое течение, генерализованная форма с преимущественным поражением лёгких (3 доли правого лёгкого и 2 доли левого лёгкого), полисинуситом, кожным васкулитом, гломерулонефритом. Осложнения: Полибактериальная пневмония на фоне васкулита. Дыхательная недостаточность III степени. Подострое легочное сердце. Прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность.

При патологоанатомическом исследовании были выявлены деструктивные изменения в гайморовых полостях с наличием темной красно-коричневой рыхлой ткани, частично заполняющей их. В просвете верхних дыхательных путей имелось обильное слизистогнойное содержимое, слизистая серо-красная, тусклая. Легкие увеличены в объеме, диффузно уплотнены, за исключением 1-го и 3-го сегментов повышенной воздушности, розово-красных, мягко-эластичных, эмфизематозных. Остальная ткань диффузно уплотнена, темно-красная, при надавливании легко рвется, водная проба положительна. По другим органам и системам без видимых патологических изменений. Макроскопических изменений почек не отмечается. Таким образом, и секционные данные не позволяли исключить гранулематоз Вегенера.

При гистологическом исследовании аутопсийного материала в легких была выявлена картина острого серозного, местами с геморрагическим компонентом, воспаления (рис. 1), в одной из вен – тромб, в трахее и главных бронхах склерозирование слизистой с признаками хронического воспаления. В препаратах из слизистой носа и гайморовых пазух среди некротической ткани и нейтрофильных лейкоцитов отмечались скопления крупных, округлых вакуолизированных клеток с эксцентрично расположенным ядром типа «клеток Микулича», а также внеклеточно расположенные гиалинизированные (эозино-

фильные) тельца Русселя, являющиеся патогномоничным признаком риносклеромы (рис. 2).

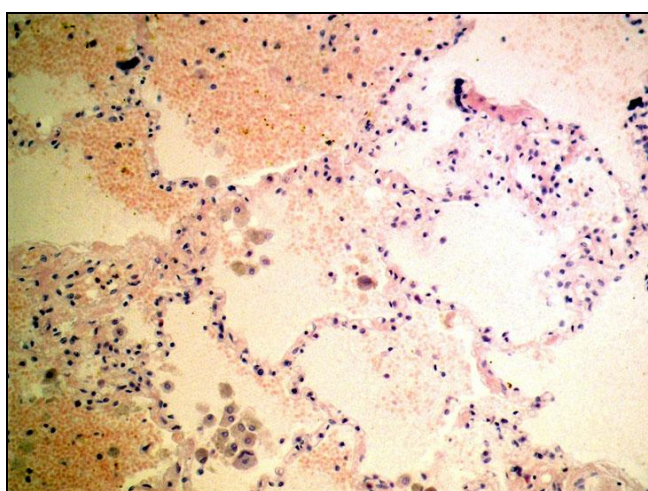
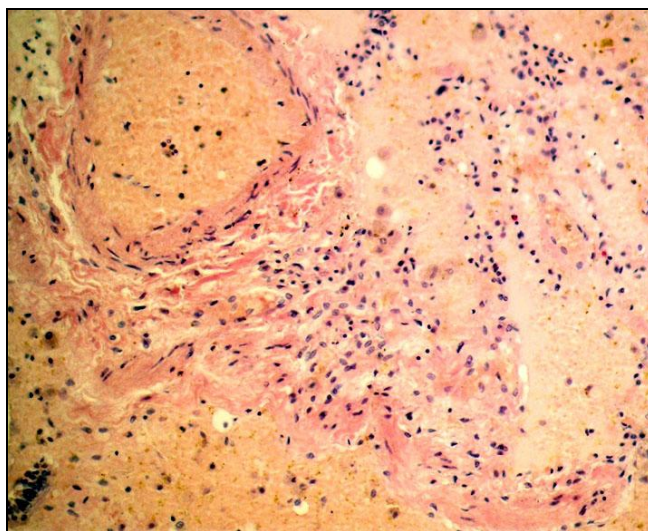
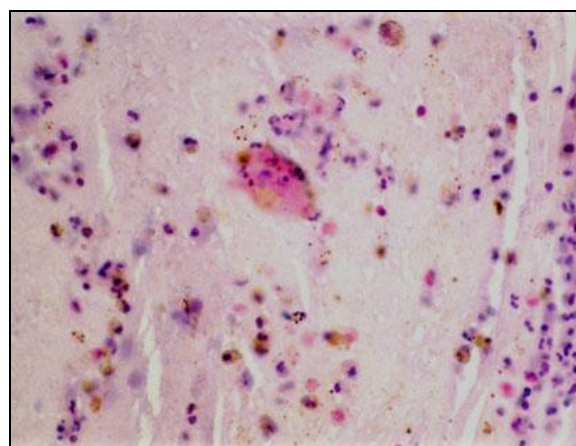
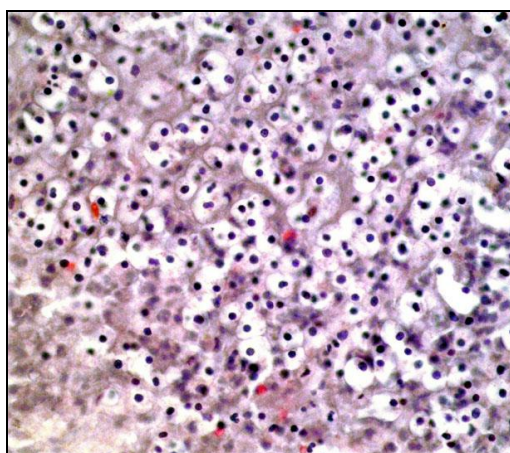


Рис. 1. Микропрепарат ткани легкого. Во всех полях зрения – острое, серозное, местами с геморрагическим компонентом, воспаление (гематоксилин и эозин x 40)



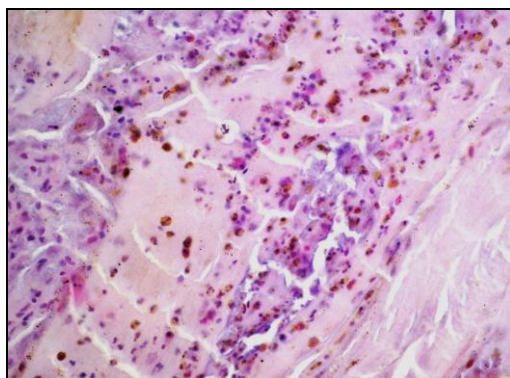


Рис. 2. Микропрепараты слизистой носа. Среди некротической ткани, нейтрофильных лейкоцитов отмечаются скопления крупных, округлых вакуолизованных клеток с эксцентрично расположенным ядром типа «клеток Микулича», а также внеклеточно расположенные гиалинизированные (эозинофильные) тельца Русселя.

Риносклерома – хроническое специфическое (гранулематозное) прогрессирующее воспалительное малоконтагиозное заболевание, вызываемое *Klebsiella rhinoscleromatis* (палочка Волковича – Фриша), протекающее с поражением слизистых оболочек дыхательных путей, развитием плотных инфильтратов и формированием в финальной стадии заболевания рубцов.

Поражение легких при риносклероме не описано. Болезнь регистрируется в эпидемических очагах Белоруссии, Украины, стран Восточной Европы. Большинство случаев заболевания отмечается в развивающихся странах. Инкубационный период при риносклероме неизвестен. Заболевание обычно развивается постепенно, тянется годами, иногда десятилетиями. Риносклерома может имитировать различные воспалительные и опухолевые процессы, в том числе лепру, паракокцидиоз, саркоидоз, базально-клеточный рак, гранулематоз Вегенера. Также риносклерома может развиваться как оппортунистическая инфекция у ВИЧ-инфицированных пациентов. Рекомендованное лечение сочетает первичную хирургическую обработку и длительную антибактериальную терапию.

Открытым остается вопрос, почему у пациента с хроническим, прогностически относительно благоприятным заболеванием, развилась столь тяжелая пневмония? Возможно, имела значение аспирация больным гнойно-геморрагического отделяемого носоглотки с постоянным обсеменением дыхательных путей вторичной микрофлорой.

Анализ клинического случая свидетельствует, что у пациента П., 46 лет, имело место сочетание риносклеромы с тяжелой двусторонней пневмонией. Наличие кровянистых выделений из носа, массивных инфильтративных изменений в легких, кровохарканья, эритроцитурии заставляли подозревать системный васкулит, укладывающийся в проявления гранулематоза Вегенера. Таким образом, ассоциация очень редкого заболевания (ри-

носклерома) и очень частого заболевания (пневмония) в данном случае принималась за другое редкое заболевание – гранулематоз Вегенера.

Литература

1. Зырина Г.В., Воробьев С.А. Клинико-функциональные проявления фуникулярного миелоза и хронического гастрита у больных в 12-дефицитной анемией // Клиническая медицина. - 2013. - Т. 91. - № 5. - С. 53-55.
2. Ткачев В.А., Кудрявцева Е.М., Воробьев С.А. Сезонные особенности слизистой оболочки желудка у больных хроническим гастритом по данным фиброгастроскопии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2001. - № 2. - С. 151.
3. Воробьев С.А. Морфологические особенности и секреторная функция желудка у больных хроническим гастритом на фоне в 1а-дефицитной анемии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2006. - № 4. - С. 11-16
4. Воробьев С.А. Клинико-морфологические особенности хронического гастрита на фоне в 12и железодефицитной анемий // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2005. - № 6. - С. 33-36.
5. Воробьев С.А., Немиров К.Е. Тяжелая тотальная пневмония у пациента с риносклеромой, симулировавшая гранулематоз Вегенера // Верхневолжский медицинский журнал. - 2013. - Т. 11. - № 4. - С. 42-45.
6. Воробьев С.А. Особенности анемии у больных с хроническими заболеваниями печени // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2013. - № 10. - С. 52-53.
7. Воробьев С.А., Сергеев Н.А., Барашков А.П., Щелоченков С.В. Состояние после субтотальной эзофагоколопластики, осложнившейся в отдаленном периоде гигантским дивертикулом культи пищевода и рецидивирующей аспирационной рефлюкс-ассоциированной пневмонией (клиническое наблюдение) // Верхневолжский медицинский журнал. - 2014. - № 4. - С. 43-49.
8. Калинин М.Н., Джулай Г.С. Наукометрические показатели в системе организации науки и оценке эффективности научной деятельности ВУЗов // Верхневолжский медицинский журнал. 2013. - Т. 11. № 4. - С. 4-5.
9. Джулай Г.С. Дуоденогастральный рефлюкс и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: удалось ли расставить все точки над «I»? // Верхневолжский медицинский журнал. 2010. - Т. 8. № 1. - С. 48-49.

10. Джулай Г.С., Погорельцева О.А., Слюсарь Т.А. Инсульт-индуцированные нозокомиальные пневмонии: теория и практика // Верхневолжский медицинский журнал. 2010. - Т. 8. № 4. - С. 44-48.
11. Джулай Г.С. Безоары пищеварительного тракта: пугающие находки // Верхневолжский медицинский журнал. 2014. - Т. 12. № 1. - С. 40-42.
12. Джулай Г.С. Клиническая картина болезни: слово писателя (опыт нетрадиционной педагогики) // Верхневолжский медицинский журнал. 2012. - Т. 10. № 4. - С. 48-50.
13. Джулай Г.С. Инфекционные эзофагиты // Верхневолжский медицинский журнал. 2009. - Т. 7. № 1. - С. 31-34.
14. Джулай Г.С., Тимешова Т.Ю. Кандидоз верхних отделов пищеварительного тракта: клинико-патогенетические аспекты проблемы (обзор литературы) // Верхневолжский медицинский журнал. 2009. - Т. 7. № 3. - С. 42-46.
15. Погорельцева О.А., Джулай Г.С. Прогностическое значение инсульт-индуцированных нозокомиальных пневмоний и интерлейкина-1а у больных с геморрагическим инсультом // Верхневолжский медицинский журнал. 2014. - Т. 12. № 1. - С. 9-13.

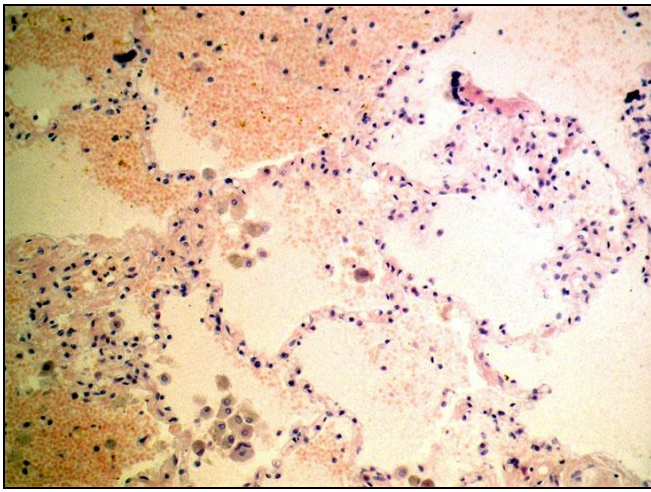
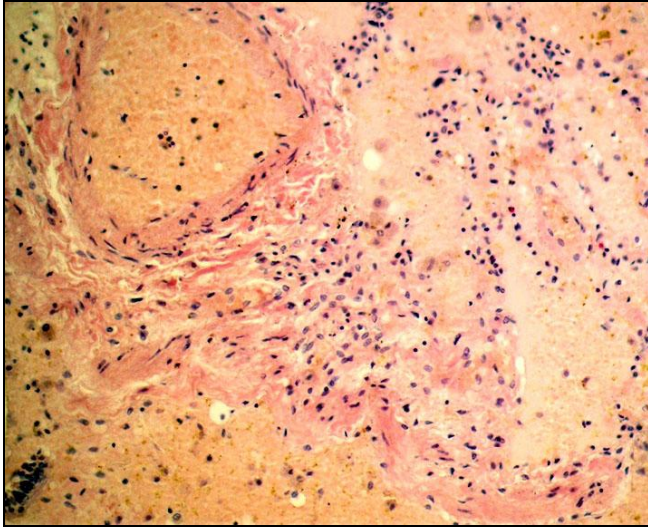


Рис. 1. Микропрепарат ткани легкого. Во всех полях зрения – острое, серозное, местами с геморрагическим компонентом, воспаление (гематоксилин и эозин x 40)

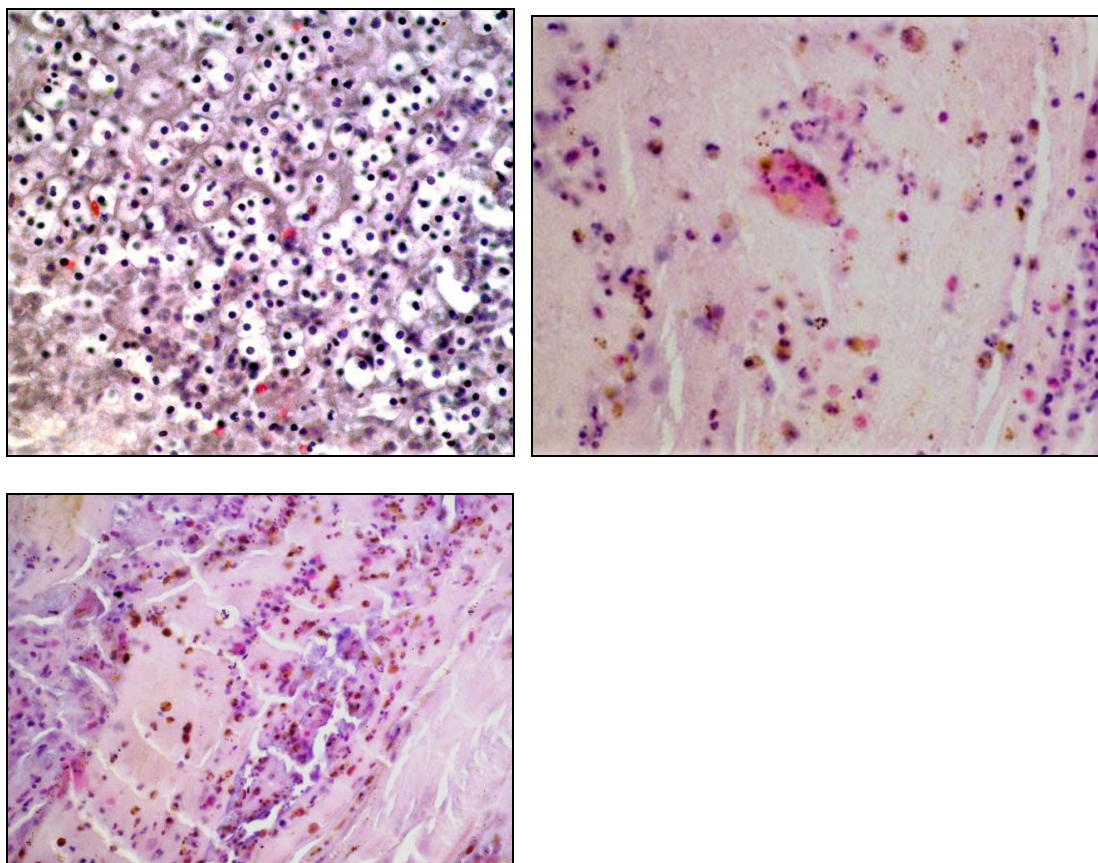


Рис. 2. Микропрепараты слизистой носа. Среди некротической ткани, нейтрофильных лейкоцитов отмечаются скопления крупных, округлых вакуолизированных клеток с эксцентрично расположенным ядром типа «клеток Микулича», а также внеклеточно расположенные гиалинизированные (эозинофильные) тельца Русселя.