

УДК 616.24-002.17-002.5
DOI: 10.26435/UC.V012(35).370

Е.В. Корж¹, Н.А. Подчос², Л.Н. Родимова², И.В. Ермишина²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

²Республиканская клиническая туберкулезная больница, Донецк

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ В ПРАКТИКЕ ФТИЗИАТРА

Идиопатический легочный фиброз (ИЛФ) представляет собой особую форму интерстициальной пневмонии неизвестной этиологии, которая наблюдается чаще у лиц старшего возраста и характеризуется быстрым прогрессированием с исходом в фиброз [1]. В качестве возможных этиологических факторов рассматривают наследственную предрасположенность, курение, контакт с органической и неорганической пылью, гастро-эзофагеальный рефлюкс, сахарный диабет. ИЛФ развивается постепенно, однако может начаться и остро, ведущим клиническим симптомом является неуклонно прогрессирующая одышка, часто возникает кашель; кровохарканье и лихорадка не характерны. При объективном осмотре наиболее типичным признаком считается крепитация, которая лучше выслушивается в заднебазальных отделах легких и напоминает треск целлофана. Лабораторные тесты не информативны, в крови отмечается повышение СОЭ, концентрации иммуноглобулинов, ревматоидного и антинуклеарного факторов, циркулирующих иммунных комплексов [1, 2]. Рентгенологически в типичных случаях определяется двусторонняя диффузная мелкоячеистая деформация легочного рисунка за счет интерстициального компонента, снижение прозрачности легких по типу «матового стекла». Типичным является уменьшение объема легких, что проявляется подтягиванием корней, более высоким расположением купола диафрагмы и более горизонтальным расположением тени сердца. Прогрессирование процесса приводит к усилению феномена «матового стекла», появлению округлых кистозных просветлений и формированию «сотового легкого» [1, 3]. Окончательный диагноз возможен после гистологического изучения биоптатов легочной ткани, которое должно подтвердить наличие обычной интерстициальной пневмонии [1].

Необходимость дифференциальной диагностики ИЛФ с туберкулезом легких возникает относительно редко, поскольку развернутая клиническая картина интерстициальной легочной

патологии по многим симптомам не совпадает с клиникой специфического поражения легких. Однако при определенных обстоятельствах такие больные все же попадают в специализированные фтизиатрические отделения, в таких случаях заболевание следует подозревать при доминировании в клинической картине тяжелой одышки, которая не свойственна свежим формам туберкулеза. Крайне актуальным является бактериологическое исследование мокроты микроскопическим, культуральным и молекулярно-генетическим методами. Из лучевых исследований предпочтение следует отдавать спиральной компьютерной томографии (СКТ) органов грудной клетки (ОГК), однако «золотым стандартом» диагностики ИЛФ считается гистологическое изучение материалов биопсии ткани легкого. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больной Б., 49 лет, поступил в отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, боль в грудной клетке, повышение температуры тела до 37,4°C, сухой кашель, общую слабость.

Туберкулезом ранее не болел, тубконтакт не установлен. Работал подземным горнорабочим, подземный стаж – 11 лет. В течение последних 10 лет состоит на учете по поводу хронического обструктивного бронхита. Курит до пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет, прием наркотиков отрицает.

Отмечает ухудшение состояния последние полгода, когда впервые появилась одышка. К врачу не обращался. Еще через три месяца присоединилась лихорадка до 40°C, госпитализирован в терапевтическое отделение местной больницы, рентгенологически выявлены изменения в легких, расцененные как двусторонняя верхнедолевая пневмония. Пациенту были проведены два курса антибактериальной неспеци-

© Е.В. Корж, Н.А. Подчос, Л.Н. Родимова,

И.В. Ермишина, 2020

© Университетская Клиника, 2020

фической терапии, однако одышка и лихорадка сохранялись, на контрольных рентгенограммах изменения в легких оставались стабильными. После консультации фтизиатра госпитализирован в противотуберкулезное отделение Республиканской клинической туберкулезной больницы г. Донецка с диагнозом инфильтративного туберкулеза легких.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, правильного телосложения, нормального питания. Кожа чистая, обычной окраски, слева пальпируются увеличенные мягкие подвижные шейные лимфоузлы до 0,5 см. Частота дыхания – 19 в минуту. В легких – жестковатое дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритм правильный. АД – 140/80 mmHg, частота сердечных сокращений – 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

При рентгенографии на момент поступления в отделение (рис. 1А.) верхняя доля правого легкого уменьшена в объеме, неоднородно затемнена за счет наличия мелких полостей распада, очаговые тени в верхних долях и S6; интерстициальные изменения; корни расширены за счет сосудов, справа корень смещен кверху, уплотнена междолевая плевра.

При лабораторном обследовании в крови выявлены умеренная анемия (гемоглобин – 114,0 г/л) и повышение СОЭ до 32 мм/час, биохимические показатели (содержание общего белка, мочевины, креатинина, билирубина, глюкозы, активность трансаминаз) были в пределах нормы. Антитела к ВИЧ не обнаружены. В моче изме-

нений нет. В мокроте микобактерии туберкулеза молекулярно-генетическим методом GeenXpertMTB/Rif, методами микроскопии, посева на жидкую среду Миддлбрук на аппарате ВАСТЕС и твердую Левенштейна-Йенсена не обнаружены. Изучение функции внешнего дыхания показало наличие дыхательной недостаточности второй стадии по рестриктивному типу.

В отделении был выставлен диагноз туберкулеза легких, начато лечение в интенсивной фазе четырьмя препаратами 1-го ряда (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол). Однако с учетом тяжелой одышки, отсутствия бактериовыделения, уменьшения доли в объеме и наличия выраженных рестриктивных нарушений дыхательной функции диагноз туберкулеза был подвергнут сомнению, заподозрена опухоль. Для уточнения диагноза выполнена СКТ. На компьютерной томограмме (рис. 1Б.) в легких, больше в верхних долях, определяется пневмосклероз, снижение пневматизации легочной ткани по типу «матового стекла», увеличенный паратрахеальный лимфоузел до 15 мм в диаметре, плевральные полости свободны, сердце в норме

Клиническая картина и данные СКТ ОГК свидетельствовали в пользу ИЛФ. Больному предложена открытая биопсия легкого, при гистологическом исследовании легочной ткани диагноз был подтвержден.

В последнее время в связи с широким распространением ВИЧ-инфекции тяжелая одышка, как ведущий симптом в клинической картине, все чаще заставляет проводить дифференциальную диагностику с пневмоцистной пнев-



А



Б

Рис. 1. Обзорная рентгенограмма и компьютерная томограмма органов грудной клетки больного Б.

монией. Чрезмерная настороженность в этом плане, на наш взгляд, вполне оправдана, однако следует учитывать не только доминирующие клинические проявления, но и особенности начала и развития заболевания. Недооценка этих особенностей, равно как и преувеличение роли исследований, не имеющих высокой специфичности, приводит к гипердиагностике пневмоцистной пневмонии и, как следствие, назначению ненужного и достаточно тяжелого лечения. Для демонстрации приводим следующее наблюдение.

Больной К., 56 лет, поступил в отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и разговоре, редкий кашель со слизистой мокротой, повышение температуры тела до 37,0-37,4°C, слабость, отсутствие аппетита.

Туберкулезом ранее не болел, тубконтакт не установлен. Трудится в железнодорожном депо (разнорабочий), общий стаж – 30 лет. Четыре года назад перенес двустороннюю пневмонию. В анамнезе гипертоническая болезнь. Последние два года не курит, алкоголем не злоупотребляет, прием наркотиков отрицает.

Около месяца назад на фоне полного здоровья появился несильный сухой кашель. В течение недели за медицинской помощью не обращался, продолжал работать. Еще через неделю, остро, на следующее утро после употребления алкоголя повысилась температура тела до 39,5-40,0°C, появилась одышка. В тот же день обратился в поликлинику по месту жительства, рентгенологически выявлены инфильтраты в легких, мокроту не исследовали. В терапевтическом стационаре в течение 10 дней получал лечение от предполагаемой пневмонии с отрица-



А



Б



В

Рис. 2. Данные лучевого обследования органов грудной клетки больного К.: А – обзорная рентгенограмма при поступлении, Б – рентгенограмма через 14 дней лечения пневмоцистоза, В – компьютерная томограмма

тельной клинико-рентгенологической динамикой. В связи с развитием тяжелой дыхательной недостаточности пациент переведен в реанимационное отделение, выполнен экспресс-тест на ВИЧ, который оказался положительным. Консультирован фтизиатром, госпитализирован в отделение интенсивной терапии РКТБ с диагнозом туберкулеза легких, пневмоцистной пневмонии.

При поступлении состояние тяжелое, одышка при разговоре. Ориентирован правильно, отвечает адекватно, менингеальные знаки отсутствуют. Кожа чистая, бледная, цианоз губ. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких выслушивается жесткое дыхание, в средних и нижних отделах по боковой и задней поверхности – звучные влажные хрипы. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритм правильный. АД – 150/90 mmHg, частота сердечных сокращений – 92 в минуту. Сатурация кислорода – 89,0%. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 2-3 см из-под реберной дуги, селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.

Рентгенологически при поступлении в противотуберкулезное отделение (рис. 2А.): легочный рисунок усилен и деформирован за счет интерстициального компонента, с двух сторон в средненижних отделах определяется многофокусная инфильтрация. Корни расширены за счет лимфоузлов.

В крови: эритроциты – 4,4 Т/л, Нв – 142,0 г/л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – 12,0 Г/л, э – 1 %, п – 5 %, с – 71 %, л – 12 %, м – 11 %, СОЭ – 43 мм/час. Содержание общего белка, мочевины, креатинина, глюкозы, билирубина, активность трансаминаз – в пределах физиологической нормы. В моче: единичные неизмененные эритроциты, белок – 0,045 г/л, гиалиновые цилиндры 1-2 в поле зрения. В мокроте МБТ методом микроскопии, GeenXpert МБТ/Rif и посева не найдены.

С учетом положительного экспресс-теста на ВИЧ и наличия признаков тяжелой дыхательной недостаточности диагностирована пневмоцистная пневмония, хотя острое начало и быстрое развитие одышки вызывали сомнение в диагнозе. Начато лечение бисептолом, клиндамином, дексаметазоном, образцы крови направлены для официального тестирования в Донецкий центр СПИДа. На фоне лечения температура тела снизилась до субфебрильной, уменьшился кашель и

одышка. На контрольной рентгенограмме через 14 дней лечения определялись изменения, расцененные как появление множественных тонкостенных полостей распада (рис. 2Б.). На тот момент были получены результаты исследования крови из центра СПИДа, антитела к ВИЧ не выявлены. Диагноз пневмоцистоза снят, с учетом выраженных интерстициальных изменений заподозрен диффузный интерстициальный процесс в легких. Больной направлен на консультацию к ревматологу, который подтвердил диагноз негоспитальной пневмонии и рекомендовал продолжить неспецифическое антибактериальное лечение. На фоне проводимой терапии состояние не улучшалось, сохранялись тяжелая одышка и периодические подъемы температуры тела до фебрильных цифр. Отсутствие эффекта от длительной адекватной антибактериальной терапии дало основание исключить инфекционную природу заболевания и остановиться на диагнозе ИЛФ. Для уточнения диагноза выполнена СКТ ОГК, обнаружены изменения легочного рисунка по типу мелкоячеистого пневмофиброза, снижение пневматизации легочной ткани с феноменом «матового стекла», увеличенные лимфоузлы (от 11,0 до 17,0 мм) в средостении (рис. 2В.). Пациенту предложена открытая биопсия легкого, при гистологическом исследовании выявлены изменения, характерные для обычной интерстициальной пневмонии.

Особенностью последнего клинического случая было наличие ложноположительного результата экспресс-теста на ВИЧ, который стал решающим аргументом в пользу вызывавшей сомнение пневмоцистной пневмонии. У обоих пациентов выявлена внутригрудная лимфаденопатия, что при ИЛФ встречается нечасто. Приведенные наблюдения свидетельствуют, что в случае интерстициальных поражений легких обзорная рентгенография ОГК не дает исчерпывающего представления о характере патологического процесса, более того, особенности морфологических тканевых реакций часто отражаются на рентгенограммах в виде несуществующих изменений, способных увести в сторону от правильного диагноза. В обоих случаях отличительным патогномичным проявлением ИЛФ была прогрессирующая дыхательная недостаточность, поэтому длительная и упорная одышка является основанием для выполнения СКТ ОГК.

Е.В. Корж¹, Н.А. Подчос², Л.Н. Родимова², И.В. Ермишина²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

²Республиканская клиническая туберкулезная больница, Донецк

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ В ПРАКТИКЕ ФТИЗИАТРА

Необходимость дифференциальной диагностики интерстициальных заболеваний легких с туберкулезом возникает относительно редко, однако при определенных обстоятельствах такие больные все же попадают в специализированные фтизиатрические отделения. Приведены два случая идиопатического легочного фиброза у пациентов, поступивших в специализированное отделение Республиканской клинической туберкулезной больницы г. Донецка с предполагаемым диагнозом туберкулеза легких. В обоих случаях отличительным патогномичным проявлением, несвойственным туберкулезу, была прогрессирующая дыхательная недостаточность, в одном случае решающим аргументом в пользу несуществующей

пневмоцистной пневмонии стал ложноположительный результат экспресс-теста на ВИЧ. У обоих пациентов выявлена внутригрудная лимфаденопатия. Диагноз был верифицирован проведением СКТ органов грудной клетки и гистологическим изучением материалов биопсии легкого. Подчеркивается, что для уточнения диагноза идиопатического легочного фиброза оптимальным лучевым методом является СКТ, поскольку обзорная рентгенография не дает исчерпывающего представления о характере патологического процесса.

Ключевые слова: идиопатический легочный фиброз, фтизиатрическое отделение.

E.V. Korzh¹, N.A. Podchos², L.N. Rodimova², I.V. Irmishina²

¹SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

²Republican Clinical Tuberculosis Hospital, Donetsk

IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS IN THE PRACTICE OF PHTHYSIOLOGIST

Doctors need differential diagnosis of interstitial pulmonary diseases with pulmonary tuberculosis on rare occasions, however, under certain circumstances, such patients still present in specialized chest departments. Two cases of idiopathic pulmonary fibrosis in patients admitted to a specialized department of Donetsk Republican Clinical Tuberculosis Hospital with diagnosis of pulmonary tuberculosis are presented. In both cases, progressive respiratory failure was a distinctive pathognomonic manifestation that was not characteristic of tuberculosis, in one case, the main argument of non-existent pneumo-

cystic pneumonia was the false positive result of an express HIV test. Both patients had thoracic lymphadenopathy. The diagnosis was verified by CT of the chest organs and histological examination of lung biopsy materials. It is underlined that in order to clarify the diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis, the best radiation method is CT, because roentgenography does not show the real changes in pulmonary tissue.

Key words: idiopathic pulmonary fibrosis, chest department.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С., Демура С.А., Илькович М.М., Коган Е.А., Самсонова М.В., Сперанская А.А., Тюрин И.Е., Черняев А.Л., Черняк Б.А., Черняк А.В., Шмелев Е.И. Диагностика и лечение идиопатического легочного фиброза. Федеральные клинические рекомендации. Пульмонология. 2016; 26 (4): 399-419. doi: 10.18093/0869-0189-2016-26-4-399-419
2. Визель А.А., Визель И.Ю., Амиров Н.Б. Идиопатический легочный фиброз: состояние проблемы. Вестник современной клинической медицины. 2017; 10 (1): 14-21. doi: 10.20969/VSKM.2017.10(1).14-21.
3. Сперанская А.А., Новикова Л.Н. Компьютерно-томографические паттерны идиопатического легочного фиброза. Практическая пульмонология. 2018; 1: 74-80.

REFERENCES

1. Chuchalin A.G., Avdeev S.N., Aisanov Z.R., Belevskiy A.S., Demura S.A., Il'kovich M.M., Koga E.A., Samsonova M.V., Speranskaya A.A., Tyurin I.E., Chernyaev A.L., Chernyak B.A., Chernyak A.V., Shmelev E.I. Diagnostika i lechenie idiopaticeskogo legochnogo fibroza [Diagnosis and Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis]. Federal'nye klinicheskie rekomendacii. Pul'monologija. 2016; 26 (4): 399-419 (in Russian). doi: 10.18093/0869-0189-2016-26-4-399-419
2. Vazel' A.A., Vazel' I.Ju., Amirov N.B. Idiopaticeskij legochnyj fibroz: sostojanie problem [Idiopathic pulmonary fibrosis: state of the problem]. Vestnik sovremennoj klinicheskoj mediciny. 2017; 10 (1): 14-21(in Russian). doi: 10.20969/VSKM.2017.10(1).14-21
3. Speranskaja A.A., Novikova L.N. Komp'yuterno-tomograficheskie patterny idiopaticeskogo legochnogo fibroza [Computed tomographic patterns of idiopathic pulmonary fibrosis]. Prakticheskaja pul'monologija. 2018; 1: 74-80.