

## ТЯЖЕЛАЯ ТОТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТА С РИНОСКЛЕРОМОЙ, СИМУЛИРОВАВШАЯ ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА

<sup>1</sup>Кафедра факультетской терапии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

<sup>2</sup>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.

## SEVERE TOTAL PNEUMONIA IN THE PATIENT WITH RHINOSCLEROMA WHICH SIMULATED WEGENER'S GRANULOMATOSIS

S.A. Vorobev<sup>1</sup>, K.E. Nemirov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tver State Medical Academy, Russia

<sup>2</sup>Clinical 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 нейтрофилеза, 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 [1, 2] 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, кровавистые выделения из носа, появилась припухлость левой щеки. При повторной пункции левой гайморовой пазухи получено гнойно-геморрагическое содержимое.

На 3-и сутки лечения проведена 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 [3], 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, антинейтрофильные 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 легких (3 доли правого легкого и 2 доли левого легкого), 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 слизисто-гнойное 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 (эозинофильные) тельца Русселя, являющиеся патогномичным признаком риносклеромы [4] (рис. 2).

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 обыч-

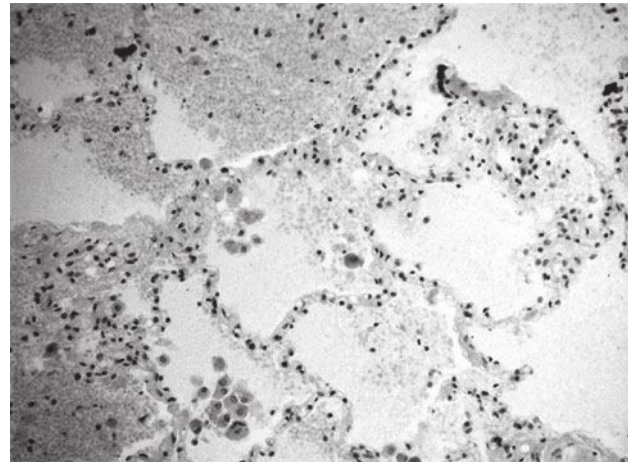
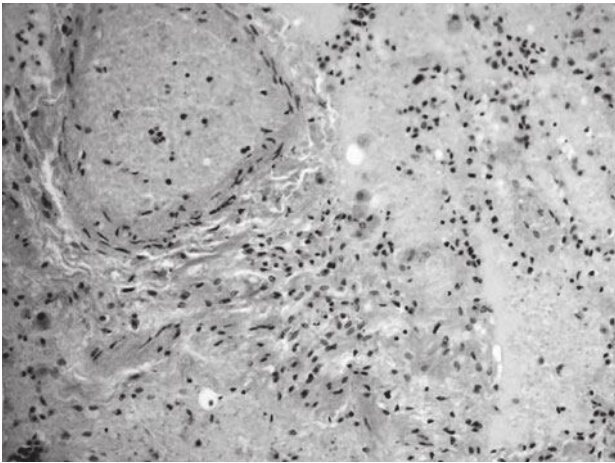


Рис. 1. Микропрепарат ткани легкого. Во всех полях зрения – острое, серозное, местами с геморрагическим компонентом, воспаление (гематоксилин и эозин ×40)

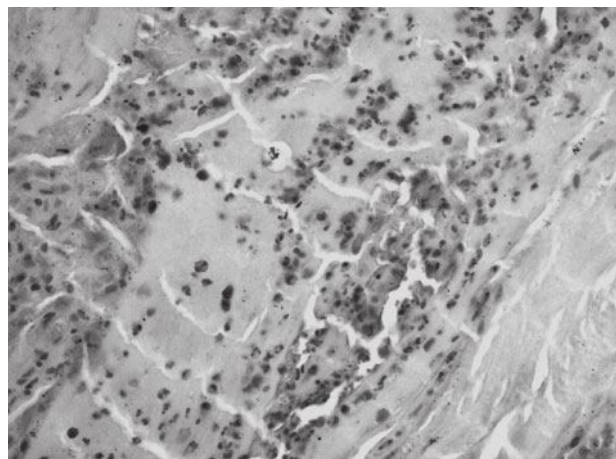
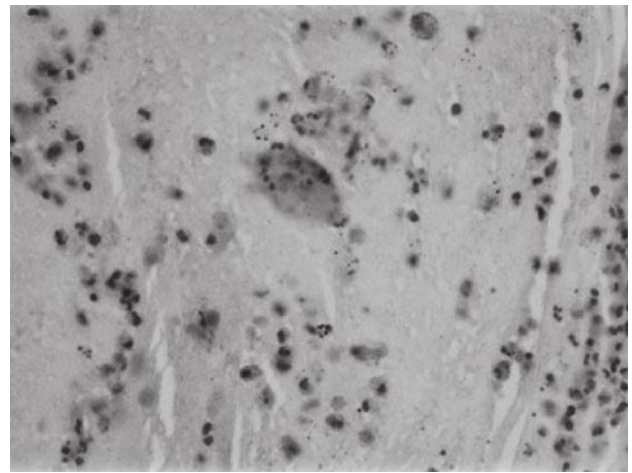
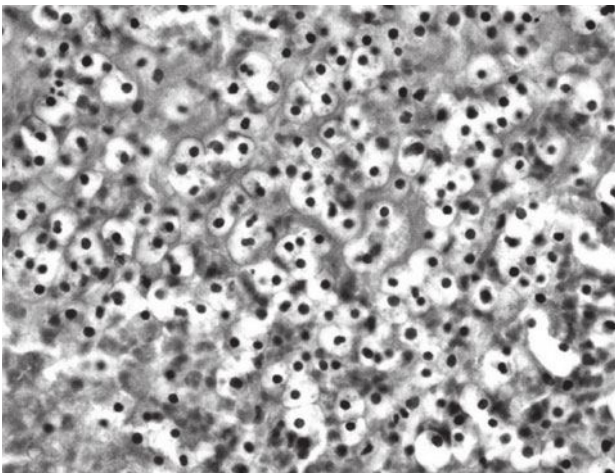


Рис. 2. Микропрепараты слизистой носа. Среди некротической ткани, нейтрофильных лейкоцитов отмечаются скопления крупных, округлых вакуолизированных клеток с эксцентрично расположенным ядром типа «клеток Микулича», а также внеклеточно расположенные гиалинизированные (эозинофильные) тельца Русселя

но 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 опор-

тунистическая инфекция у ВИЧ-инфицированных пациентов. Рекомендуемое лечение сочетает первичную хирургическую обработку и длительную антибактериальную терапию [5–8].

Открытым остается вопрос, почему у пациента с хроническим, прогностически относительно бла-

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

### Литература / References

1. Синопальников А.И. Внебольничная пневмония: диагностика и дифференциальная диагностика // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2003. – С. 15–18.
2. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. и др. Внебольничные пневмонии у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике //

Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2006. – 1. – С. 54.

Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Strachunskij L.S. i dr. Vnebol'nichnye pnevmonii u vzroslyh: prakticheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniju i profilaktike // Klinicheskaja mikrobiologija i antimikrobnaja himioterapija. – 2006. – 1. – С. 54.

3. Семенкова Е.Н., Кривошеева О.Г., Новиков П.И., Осипенко В.И. Поражение легких при гранулематозе Вегенера // Клиническая медицина. – 2011. – 1. – С. 10–13.

Semenkova E.N. Krivosheeva O.G., Novikov P.I., Osipenko V.I. Porazhenie legkih pri granulematoze Vegenera // Klinicheskaja medicina. – 2011. – 1. – С. 10–13.

4. Ямпольская С.А. Особенности морфологии и патогенеза склеромы. Архив патологии 2009. – 2. – С. 47–52.

Jampol'skaja S.A. Osobennosti morfologii i patogeneza skleromy. Arhiv patologii. – 2009. – 2. – С. 47–52.

5. Chan T.V., Spiegel J.H. Klebsiella rhinoscleromatis of the membranous nasal septum // J Laryngol Otol. – 2007. – 121 (10). – P. 998–1002.

6. Tan S.L., Neoh C.Y., Tan H.H. Rhinoscleroma: a case series // Singapore Med. J. – 2012. – 53 (2). – P. 24–27.

7. Shoeib M.A. Septal rhinoscleroma // Indian J. Plast. Surg. – 2010. – 43 (2). – P. 219–221.

8. Gaafar H.A., Gaafar A.H., Nour Y.A. Rhinoscleroma: an updated experience through the last 10 years // Acta Otolaryngol. – 2011. – 131 (4). – P. 440–446.

Воробьев Сергей Александрович (контактное лицо) – доцент кафедры факультетской терапии Тверской государственной медицинской академии. Тел. 8-905-126-46-80; e-mail: dzuwadza@inbox.ru