

Przebieg pandemii SARS-CoV-2 jest swoisty dla tego wirusa, więc wczesne rozpoznanie i prognozowanie COVID 19 na podstawie poprzednich epidemii jest nieuprawnione. Obecnie najlepszym źródłem wiedzy jest opieranie się na doświadczeniach płynących z innych krajów.

To opracowanie zbiera wnioski na temat stosowania Tomografii Komputerowej Wysokiej Rozdzielczości w przebiegu COVID 19 dostępne w piśmiennictwie.

Dominujące objawy w HRCT klatki piersiowej w większości badań obejmowały zagęszczenia typu matowej szyby oraz kostki brukowej przy wyraźnej dystrybucji peryferyjnej i rozproszonej. Ustalenia te są zgodne z innymi raportami w mniejszych kohortach i z **naszym własnym doświadczeniem**.

W badaniach wykazano, że bezobjawowa (subkliniczna) grupa pacjentów wykazywała wczesne zmiany CT w przebiegu zapalenia płuc COVID-19.

Z drugiej strony, inne badania wykazały pozytywne wyniki RT-PCR dla SARS-CoV-2 w przypadku braku zmian CT, lub nieprawidłowe wyniki CT z początkowymi fałszywie ujemnymi wynikami RT-PCR.

W miarę rozwoju epidemii w dostępnych badaniach zaczynamy obserwować bardziej zróżnicowane obrazy zapalenia płuc COVID-19, a objawowi pacjenci wykazują zgodne wyniki CT i RT-PCR.

W publikacjach podkreśla się potrzebę tomografii komputerowej (CT) w diagnostyce pacjentów z podejrzeniem zakażenia coronavirus COVID-19, **szczególnie** gdy test laboratoryjny jest negatywny.

Chociaż RT-PCR jest standardem w diagnostyce COVID-19, w badanej grupie pacjentów, czułość CT dla zakażenia COVID-19 wynosiła 98%, w porównaniu do RT-PCR czułość 71%.

Obecnie przyjmuje się, że pacjenci są badani tylko za pomocą RT-PCR, przy wyniku negatywnym, mogą zostać zwolnieni w celu rozprzestrzenienia się infekcji.

Wyniki dostępnych obecnie danych sugerują wykorzystanie CT klatki piersiowej w kierunku COVID-19 u pacjentów z cechami klinicznymi i epidemiologicznymi zgodnymi z zakażeniem COVID-19, **szczególnie** gdy badanie RT-PCR jest negatywne.

Wykazano również, że dyskretne zmiany, które występowały u osób bezobjawowych, postępują, stopniowo przybierając formę obustronnej choroby rozproszonej z konsolidacją około pierwszego do drugiego tygodnia po początku objawów.

Czas między początkowym wystąpieniem objawów a późniejszym CT klatki piersiowej pacjentów określany jako wczesny (0-2 dni), pośredni (3-5 dni) lub późny (6-12 dni) determinował obrazy radiologiczne a częstotliwość konsolidacji zagęszczeń była znacznie mniejsza we wczesnej grupie w porównaniu z grupami pośrednimi i późnymi.

Daje to możliwości prognozowania przebiegu choroby oraz ewentualnej reakcji na stosowane obecnie leki.