

DOI: 10.29296/25877305-2018-02-07

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Е. Бородулина, доктор медицинских наук, профессор,
Н. Скопцова,

Б. Бородулин, доктор медицинских наук, профессор,

Е. Амосова, кандидат медицинских наук,

Л. Поваляева, кандидат медицинских наук

Самарский государственный медицинский университет

E-mail: borodulinbe@yandex.ru

При подозрении у пациента с внебольничной пневмонией на туберкулез врач-пульмонолог выполняет диагностический минимум. Представлены вопросы, возникающие при использовании диагностических тестов.

Ключевые слова: пульмонология, фтизиатрия, пневмония, туберкулез, диагностика, диаскин-тест, рентгенография, компьютерная томография, бактериоскопическое исследование, микобактерии туберкулеза.

Для цитирования: Бородулина Е., Скопцова Н., Бородулин Б. и др. Сложности диагностики туберкулеза // Врач. – 2018; 29 (2): 30–32. DOI: 10.29296/25877305-2018-02-07

Одна из самых распространенных форм туберкулеза среди впервые выявленных больных – инфильтративный; на его долю приходится >60% всех легочных форм туберкулеза [1, 2]. Пульмонолог стационарного отделения часто сталкивается с проблемой дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии (ВП) и инфильтративного туберкулеза [3–6], которая остается сложной задачей [7]. Общеклинические признаки ВП и инфильтративного туберкулеза имеют много общего, консолидация легочной ткани отличается многообразием проявлений («масок»), характерных как для туберкулеза, так и для пневмонии [8].

Более половины больных туберкулезом легких выявляются в лечебных учреждениях общей медицинской сети при обращении по поводу симптомов воспалительного инфекционного заболевания легких. Сложности дифференциальной диагностики заболеваний органов дыхания со сходными синдромами, проявляющихся инфильтративными изменениями, обусловлены в основном сходством клинической картины на ранних стадиях заболевания [5, 8].

При подозрении на туберкулез выполняется диагностический минимум, направленный на выявление туберкулеза: сбор анамнеза; физикальное обследование; общий анализ крови и мочи; 3-кратная микроскопия отделяемого на микобактерии туберкулеза (МБТ); крупнокадровая или цифровая флюорография; иммунодиагностика. Абсолютный диагностический критерий – обнаружение МБТ. К сожалению, выполнение этого минимума не всегда позволяет быстро и точно диагностировать туберкулез [8, 9].

Исследование мокроты на МБТ методом микроскопии дает положительный результат в среднем в 5–20% случаев, имеет низкую чувствительность (от 100 тыс. до 1 млн кле-

ток в 1 мл материала) и должно еще подтвердиться посевом (рост – от 1 до 3 мес). С помощью метода микроскопии выявляются в основном обширные процессы, сопровождающиеся распадом легочной ткани. Ее диагностическая ценность в условиях общей лечебной сети невелика, ожидаемые результаты и низкая приверженность врачей этому методу приводят к недостаточно частому ее использованию в первые дни обследования пациента [9].

Помимо целенаправленного опроса и анамнеза, лучевой диагностики, лабораторной диагностики, поиска МБТ, с 2010 г. в Самарской городской больнице (СГБ) №4 применяется кожная проба с препаратом диаскин-тест [8]. При положительном результате у врача появляется больше оснований для направления пациента к фтизиатру [10].

Приводим клинический пример.

Пациент, 31 года, штукатур-маляр, поступил в пульмонологическое отделение №1 СГБ №4 14.02.17 с жалобами на повышение температуры тела до 39,2–39,5°C преимущественно в вечерние и ночные часы, кашель с трудноотделяемой мокротой, общую слабость, дискомфорт в грудной клетке, быструю утомляемость, недомогание.

Анамнез жизни и заболевания. Рос и развивался без особенностей. Сопутствующие заболевания: остеохондроз грудного отдела позвоночника, кратность проведения крупнокадровой флюорографии – 1 раз в 12 мес.

По данным опроса, туберкулез, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Курит в течение 4 лет по 20 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет, наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, хроническим неспецифическим заболеваниям легких неотягощена.

В течение 1 нед отмечал повышение температуры тела до 39,5°C преимущественно в вечернее и ночное время, дискомфорт в грудной клетке, малопродуктивный кашель. Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол). Через 7 дней после начала заболевания пациент вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

Доставлен в приемное отделение городской больницы, где была выполнена рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограмме – инфильтрация в верхней доле правого легкого (рис. 1).

Объективно: общее состояние средней тяжести. Положение больного активное, кожные покровы бледные, влажные, видимые слизистые оболочки бледные, суховатые, лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, температура тела – 38,1°C, частота дыхательных движений – 24–26 в минуту. Грудная клетка правильной формы, в акте дыхания участвует равномерно. Подвижность нижнего края легких – 4 см с обеих сторон. При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Сатурация кислородом – 96%. Тоны сердца тихие, ритм правильный, частота сердечных сокращений – 78 в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, увеличен за счет

подкожной жировой клетчатки, в акте дыхания участвует равномерно. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул, диурез не нарушены. Неврологический статус без особенностей. ЛОР-органы без патологии.

Результаты дополнительных исследований. Общий анализ крови: л. – $11,7 \cdot 10^9/\text{л}$, эр. – $4,60 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb – 133 г/л, тр. – $311 \cdot 10^9/\text{л}$. Лейкоцитарная формула: п. – 4%, с. – 64%, лимф. – 28%, мон. – 14%, СОЭ – 35 мм/ч. Глюкоза крови – 5,65 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: билирубин – 12,4 мкмоль/л, общий белок – 62,9 г/л, аланинаминотрансфераза – 22,6 ед/л, аспаратаминотрансфераза – 20,9 ед/л, мочевины – 5,9 ммоль/л, креатинин – 65,4 мкмоль/л. Микрореакция на сифилис (RW) отрицательная. Иммуноферментный анализ наличия антител к ВИЧ-инфекции не выявил. Маркеры вирусных гепатитов (В, С) отсутствуют.

При 3-кратном бактериоскопическом исследовании мокроты МБТ не обнаружены; в промывных водах бронхов кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) также не выявлены; проба с препаратом диаскин-тест 17.02.17 дала положительный результат: папула – 35 мм с везикулой (рис. 2).

Несмотря на положительную пробу с диаскин-тестом, никаких других данных за туберкулез не выявлено, назначено лечение ВП. Проведена антибактериальная терапия цефалоспорином III поколения (цефтриаксон – 2 г 1 раз в сутки).

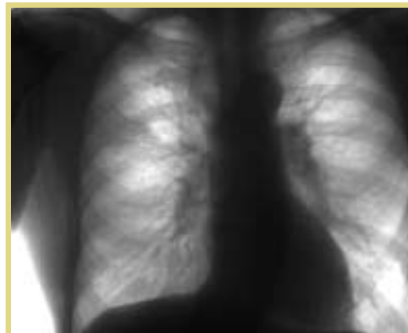


Рис. 1. Рентгенограмма в прямой проекции при поступлении



Рис. 2. Результат пробы с препаратом диаскин-тест (папула – 35 мм)



Рис. 3. Рентгенограмма через 7 дней от начала лечения

На фоне лечения уже на следующий день отмечена положительная динамика, нормализация температурной реакции, уменьшение кашля, улучшение самочувствия. Через 1 нед на контрольной рентгенограмме – отсутствие инфильтрации, патологии не обнаружено (рис. 3). Пациент выписан с улучшением состояния; рекомендована консультация у фтизиатра в связи с выраженной положительной пробой с диаскин-тестом. После консультации в Самарском областном клиническом противотуберкулезном диспансере им. Н.В. Постникова, где выполнено исследование мокроты бактериоскопическими и молекулярно-генетическими методами, КУМ не обнаружены, диагноз туберкулеза исключен.

Итак, несмотря на положительный результат пробы с препаратом диаскин-тест, пациенту поставлен диагноз внебольничной бактериальной правосторонней верхнедолевой пневмонии. Достоверных аргументов в пользу туберкулеза не выявлено. Через 1 нед от начала антибактериальной терапии достигнут положительный эффект с полным исчезновением инфильтрации.

Диагностика туберкулеза в общей лечебной сети в современных условиях не всегда информативна, возможны как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Ведение пациентов с подозрением на туберкулез требует новых подходов. При отсутствии убедительных аргументов в пользу туберкулеза рекомендуется лечение в пульмонологическом отделении под наблюдением фтизиатра.

Литература

1. Визель А.А., Лысенко Г.В. Пневмония: к вопросу диагностики и лечения в современных условиях // *Практ. медицина.* – 2012; 1 (56): 22–5.
2. Белова И.Б., Сотникова Т.А. Дифференциальная диагностика осложненной пневмонии, туберкулеза легких, рака легких // *Ученые записки Орловского государственного университета. Сер.: Естественные, технические и медицинские науки.* – 2015; 4: 292–9.

3. Бородулина Е.А., Поваляева Л.В., Бородулина Э.В. и др. Проблема диагностики туберкулеза в практике врача-пульмонолога // *Вестн. совр. клин. медицины.* – 2017; 10 (1): 89–93.

4. Данцев В.В., Голота А.С., Карпущенко В.Г. и др. Современное состояние и перспективы совершенствования дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии и туберкулеза легких // *Военно-мед. журн.* – 2015; 336 (5): 29–36.

5. Зайцев А.А., Синопальников А.И. «Трудная» пневмония: вопросы дифференциальной диагностики // *Военно-мед. журн.* – 2015; 336 (5): 21–8.

6. Разнатовская Е.Н., Стешина М.С., Панова Л.Ю. и др. Дифференциальная диагностика двусторонней пневмонии с туберкулезом легких // *Новости медицины и фармации.* – 2016; 2 (562): 20.

7. Зайцев А.А., Синопальников А.И. Дифференциальная диагностика при синдроме затяжной пневмонии // *Consilium Medicum (Прил. Болезни органов дыхания).* – 2015; 1: 58–62.

8. Бородулина Е.А., Бородулин Б.Е., Поваляева Л.В. и др. Дифференциальная диагностика внебольничной пневмонии и инфильтративного туберкулеза легких диаскин-тестом // *Пульмонология.* – 2010; 3: 89–91.

9. Карпина Н.Л., Антипова А.В., Чеклцова Л.И. и др. Сложный случай дифференциальной диагностики очагово-инфильтративных изменений легких во фтизиатрической практике // *Вестн. рентгенол. и радиол.* – 2015; 5: 36–41.

10. Лышманов Ю.Б., Кривоногов Н.Г., Агеева Т.С. К вопросу о лучевой дифференцировке синдромосходной патологии легких: возможности использования вентиляционно-перфузионной пульмоноскантинграфии // *Лучевая диагностика и терапия.* – 2010; 2: 4–11.

DIFFICULTIES OF TUBERCULOSIS DIAGNOSIS

Professor E. Borodulina, MD; N. Skoptsova; Professor B. Borodulin, MD; E. Amosova, Candidate of Medical Sciences; L. Povalyaeva, Candidate of Medical Sciences Samara State Medical University

If a patient with community-acquired pneumonia is suspected of having tuberculosis, a pulmonologist performs a diagnostic minimum. The paper presents questions arising from the use of diagnostic tests.

Key words: *pulmonology, phthisiology, pneumonia, tuberculosis, diagnostics, Diaskintest, radiography, computed tomography, bacterioscopic study, Mycobacterium tuberculosis.*

For citation: *Borodulina E., Skoptsova N., Borodulin B. et al. Difficulties of tuberculosis diagnosis // Vrach. – 2018; 29 (2): 30–32. DOI: 10.29296/25877305-2018-02-07*