

А. Ю. Гусарова¹, Ю. В. Просветов¹, Е. А. Коваленко²

Государственное заведение «Запорожская медицинская академия последипломного образования
Министерства здравоохранения Украины»
Запорожье Украина

A. Yu. Gusarova¹, Yu. V. Prosvetov¹, O. A. Kovalenko²

State Institution «Zaporizhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»
Zaporizhzhia, Ukraine

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ СТАЦИОНАРЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ

Diagnostic difficulties in tuberculosis hospital at the bacterial excretion absence

Резюме

Представлен клинический случай проведения диагностического поиска у больного с подозрением на рецидив туберкулеза легких при отсутствии бактериовыделения.

Ключевые слова: туберкулез, рак, диагностика.

Abstract

A clinical case of conducting a diagnostic searching a patient with suspected recurrence of pulmonary tuberculosis in the absence of bacterial excretion is presented in the article.

Keywords: tuberculosis, cancer, diagnostics.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно действующим нормативным документам, диагностика туберкулезного процесса должна проводиться на первичном звене оказания медицинской помощи [1, 2]. Однако, ещё сохраняется тенденция, когда больной без бактериовыделения, но с подозрением на туберкулезный процесс поступает в противотуберкулезный стационар. Для верификации процесса требуется время [3, 4]. Срок этот может растянуться на 2–3 недели. В настоящее время диагностическое отделение на базе областного противотуберкулезного диспансера не предусмотрено. Весь период диагностического поиска пациент находится в непосредственном контакте с больными туберкулезом, что не отвечает нормам инфекционного контроля [1]. В процессе проведения верификации больной противотуберкулезной терапии не получает, так как не установлен диагноз и достаточно длительное время подвергается опасности заражения туберкулезом [5, 6]. Далеко не всегда в итоге у пациента подтверждается диагноз туберкулеза легких.

Как иллюстрацию к вышеизложенному, приводим пример клинического наблюдения. В приведенном случае диагностика проводилась в течение 2-х недель, и весь этот период больной находился в противотуберкулезном стационаре.

СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Больной М., 58 лет, житель Запорожской области, газоэлектросварщик. Поступил в Запорожский областной противотуберкулезный клинический диспансер (ЗОПТКД) с жалобами на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, повышение температуры тела до фебрильных цифр, отмечал потерю в весе до 4 кг, за последние 2 недели.

Из анамнеза известно, что пациент впервые заболел туберкулезом легких в 2008 г. (инфильтративный туберкулез правого легкого, Дестр+, МБТ–). Прошел курс лечения. В 2012 г. был рецидив процесса – туберкулез верхней доли правого легкого, Дестр–, МБТ–. Получил курс лечения, в 2013 году переведен в категорию 5.1 диспансерного наблюдения.

Ухудшение состояния стал отмечать с 04.01.2018 г., когда после переохлаждения появились вышеперечисленные жалобы. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно. Состояние резко ухудшилось 15.01.2018 г. Госпитализирован в терапевтическое отделение Запорожской ЦРБ, где находился по 08.02.2018 г. и получал курс НАБТ (неспецифической антибактериальной терапии). Общее состояние больного оставалось без изменений. 07.02.2018 г. пациент консульти-

рован в ЗОПТКД. С подозрением на рецидив туберкулёзного процесса госпитализирован в отделение лёгочного туберкулёза № 1.

Анализ мокроты на КУБ – отрицательный (09.02.18, 12.02.18 и 13.02.2018 г.). Молекулярно-генетическое исследование мокроты (ПЦР) – результат отрицательный от 09.02.2018 г.

Пациенту 07.02.2018 г. в условиях ЗОПТКД была произведена ФБС. Заключение: заболевание В1, В2 слева. В аспирате из бронхов КУБ не обнаружены.

Р-исследование от 12.02.2018 г. (обзорная РГ и ТГ верхних долей 7–9 см от 06.02.2018 г.): в верх-

ней доле левого легкого участок линейного пневмофиброза с наличием плотных очагов и мелких фокусов средней интенсивности, фиброзная дорожка к корню. Справа в верхней доле – фиброз, плотные очаги. Корни малоструктурны. Контуры сердца сглажены, сердце увеличено в поперечнике. Динамика в сравнении с 2015 годом отрицательная за счет увеличения зоны смешанной пневматизации в подключичной зоне слева. Структурность в проекции головки правого корня снизилась. Тень сердца за период с 16.11.2017. по 06.02.2018 г. увеличилась (гидроперикард) (рис. 1, 2, 3).

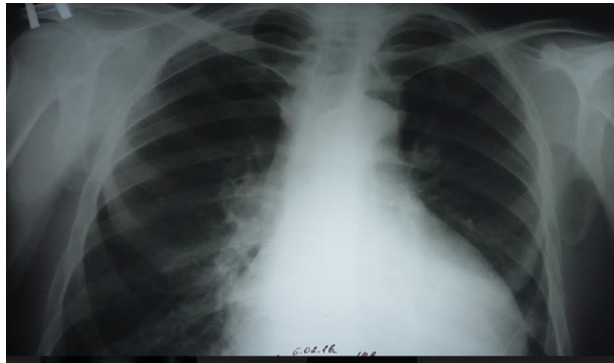


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов грудной полости (06.02.2018 г.). В верхней доле левого легкого участок линейного пневмофиброза с наличием плотных очагов и мелких фокусов средней интенсивности, фиброзная дорожка к корню. Справа в верхней доле – фиброз, плотные очаги. Корни малоструктурны. Контуры сердца сглажены, сердце увеличено в поперечном размере

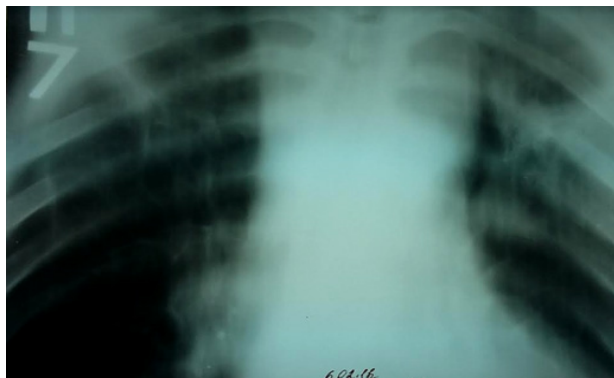


Рис. 2. Томограмма верхних долей 7,0 (06.02.2018 г.). В верхней доле левого легкого участок линейного пневмофиброза с наличием плотных очагов и мелких фокусов средней интенсивности, фиброзная дорожка к корню. Справа в верхней доле – фиброз, плотные очаги. Корни малоструктурны. Контуры сердца сглажены, сердце увеличено в поперечном размере



Рис. 3. Томограмма верхних долей 9,0 (06.02.2018 г.). В верхней доле левого легкого участок линейного пневмофиброза с наличием плотных очагов и мелких фокусов средней интенсивности, фиброзная дорожка к корню. Справа в верхней доле – фиброз, плотные очаги. Корни малоструктурны. Контуры сердца сглажены, сердце увеличено в поперечном размере

Боковая рентгенограмма (РГ) правого легкого от 12.02.2018 г.: имеет место нарушение структурности прикорневой зоны, вероятнее всего за счет гиперплазии внутригрудных лимфоузлов (ВГЛУ) или за счет сосудистого компонента (рис.4).

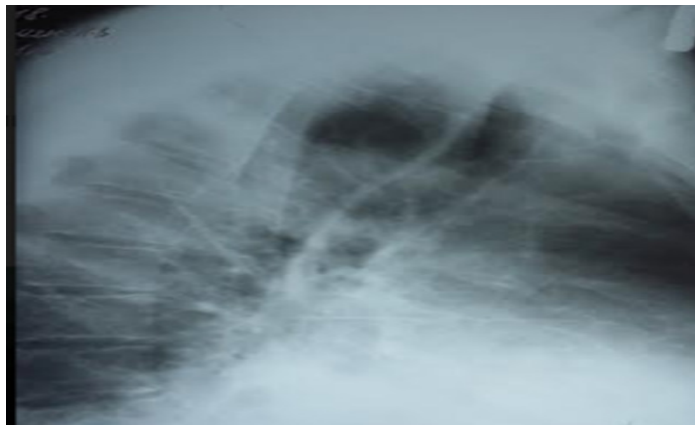


Рис. 4. Боковая рентгенограмма правого легкого (12.02.2018 г.). Определяется нарушение структурности прикорневой зоны, вероятнее всего за счет гиперплазии внутригрудных лимфоузлов или за счет сосудистого компонента.

ЭКГ от 12.02.2018 г.: вольтаж снижен. Синусовая тахикардия, предсердная экстрасистолия, ЧСС – 128 уд/мин. Электрическая ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда, признаки гипертрофии желудочков.

Консультация терапевта (12.02.2018 г.): ХОЗЛ, клиническая группа С+D, степень IV, обострение. Пневмосклероз, ЛН III ст. ИБС. Диффузный кардиосклероз с нарушением ритма. Артериальная гипертензия, СН II-A ст., II ФК.

Общий анализ крови от 13.02.2018: Нб – 146 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,99, лейкоциты – $8,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 3 мм/ч, п – 4, с – 71, э – 1, лф – 18, м – 6.

Анализ крови на Ат к ВИЧ 12.02.2018 – не выявлены.

Биохимия крови от 12.02.2018: билирубин – 19,1, тимоловая проба – 6,35, АЛТ – 2,38, АСТ – 2,40, глюкоза – 5,4, общий белок – 61,6.

Консультация хирурга 12.02.2018: проведена пункция плевральных полостей – слева получено 900 мл, справа – 600 мл экссудата.

Исследование плевральной жидкости: светло-желтая, прозрачность – умеренная, серозная, удельный вес – 1005, белок – 26,4 г/л, проба Ривальта – переходная. Клеточный состав: эр. – 30–40 в п/зр., л – 1/3–1/2 п/зр., мезотелий – небольшое количество, частичная пролиферация. Цитология: н/с – 38%, лимф. – 62%, КУБ и АК не обнаружены.

ЭКГ от 14.02.2018 г.: вольтаж снижен. Синусовая тахикардия, ЧСС – 120 уд/мин. Электрическая ось не отклонена. Диффузные изменения миокарда желудочков.

Консультация кардиохирурга КУ «ЗОКБ» (14.02.2018 г.): у пациента перикардит с объемом

УЗИ плевральной полости и перикарда от 13.02.2018 г., 14.02.2018 г.: в плевральной полости наличие свободной жидкости объемом справа не менее 500 см³, слева – не менее 400 см³. В перикарде толщина свободной жидкости до 5 см.

не менее 1,5 литра свободной жидкости. В асептических условиях под местной анестезией из точки Ларрея пунктирована полость перикарда – под дренажом получено более 1,0 литра геморрагической несворачивающейся, за 20 минут жидкости.

Исследование перикардальной жидкости от 14.02.2018 г.: количество – 1000 мл; цвет бурый; умеренно мутная, геморрагическая; удельный вес – 1029, белок – 26,4 г/л, проба Ривальта положительная – экссудат. Клеточный состав: эр. – 3/4, все п/зр., л – 30–40 в п/зр., мезотелий – много. Встречаются группы и скопления клеток с признаками атипии. Цитология: н/с – 33%, лимф. – 67%, КУБ не обнаружены.

Консультация сотрудниками кафедры фтизиатрии и пульмонологии ГЗ «ЗМАПО МЗ Украины» от 14.02.2018 г.: в настоящее время у больного данных, за реактивацию туберкулёзного процесса нет.

Консультация уролога (19.02.2018 г.) – рак простаты?

Р-обследование от 20.02.2018 г. (обзорная РГ): в верхней доле левого легкого участок линейного фиброза, фиброзная дорожка к корню. Во 2-м межреберье рядом с корнем фокус до 1,5 см однородной структуры с ровными контурами. На уровне 4-го ребра – такого же характера мелкий фокус до 1,3 см. Справа в верхней доле – плотные очаги, фиброз. Корни малоструктурны. Тень сердца не расширена, контуры сглажены. Динамика в отношении гидроперикарда за период с 06.02–20.02.2018 г. положительная. Но при этом, за период с 16.11.2017 по 20.02.2018 годы года слева появились мелкие фокусы (рис. 5).

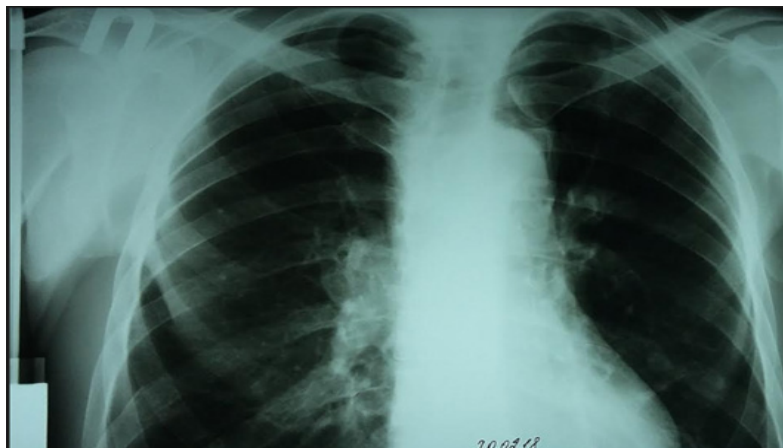


Рис. 5. Обзорная рентгенограмма органов грудной полости (20.02.2018 г.). В верхней доле левого легкого участок линейного фиброза, фиброзная дорожка к корню; во 2-м межреберье рядом с корнем фокус до 1,5 см однородной структуры с ровными контурами. На уровне 4-го ребра – такого же характера мелкий фокус до 1,3 см. Справа в верхней доле – плотные очаги, фиброз. Корни малоструктурны. Тень сердца не расширена, контуры сглажены.

УЗИ органов брюшной полости (ОБП), органов грудной полости (ОГП) и перикарда от 19.02.2018 г. (на месте, без подготовки): печень увеличена в размерах (правая доля – 153 мм, левая – 72 мм), эхогенность ее резко повышена. Желчный пузырь резко сокращен. Поджелудочная железа не увеличена. Селезенка, почки – без особенностей. В перикарде тонкая полоска жидкости толщиной до 3,5 мм неоднородной структуры, за счет включений повышенной эхогенности. В плевральной полости наличие свободной жидкости справа до 10 см³, слева – до 30 см³.

Общий анализ крови 19.02.18 г.: Нб – 140 г/л, эр – $4,42 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,95, тромб. – 287×10^9 /л, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 20 мм/ч, п – 4, с – 80, л – 12, м – 4.

При пересмотре препаратов перикардиальной жидкости в ЗООД 21.02.2018 – выявляются элементы аденокарциномы.

Анализ крови на PSA общ. от 21.02.2018 г.: 0,91 нг/мл; ПСА св. < 0,10 нг/мл.

Биохимия крови от 22.02.2018 г.: билирубин – 6,0, тимоловая проба – 5,84, АЛТ – 2,77, АСТ – 1,48, общий белок – 57,1.

Консультация онколога от 22.02.2018 г.: на основании клинико-рентгенологических данных у больного – центральный рак верхней доли левого легкого ст. IV, гр. IV, T₂N₁M₁, Mts – перикардит.

Пациент был выписан для дальнейшего лечения в терапевтическом отделении Запорожской ЦРБ.

В общей сложности до установления диаг-

ноза пациент находился на больничном листе 39 календарных дней, из них в ОПТКД – 13 календарных дней.

Нами было проведено наблюдение, за состоянием пациента в дальнейшем. Как стало известно, спустя месяц после выписки больной умер. Онкологический диагноз был подтвержден.

ВЫВОДЫ

Данный клинический случай наглядно демонстрирует то, что в противотуберкулезные стационары иногда могут поступать непрофильные, недостаточно обследованные пациенты. В данном случае большую негативную роль в процессе установления правильного диагноза сыграло наличие в анамнезе пациента перенесенного в прошлом туберкулеза легких, что направило мысль специалистов по ложному пути. Это не позволило ещё на этапе пребывания больного в ЦРБ (до госпитализации в ОПТКД) подумать о возможном наличии у него другой патологии. Диагностика основного заболевания в данном случае была затруднена.

Известно, что основным критерием в постановке диагноза туберкулёза лёгких является обнаружение в мокроте или аспирате из бронхов МБТ, в том числе и молекулярно-генетическими методами. Методом микроскопии мазка не следует пренебрегать или забывать о нём специалистам первичного звена оказания медицинской помощи, если возникает мысль о туберкулёзе. Особенно это касается пациентов, которые в прошлом перенесли туберкулёз лёгких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Petrenko VI, Todoriko LD, Grishchuk LA et al. Phthisiology (National tex tbook). Kyiv. VSV «Medysyna»; 2015.

2. Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical aid «Tuberculosis». Order of

the Ministry of Health of Ukraine from 04.09.2014 № 620. Kyiv. 2014.

3. German AK (ed), Kurilo SN, Kuzhko MM et al. Studies on respiratory and mediastinal pathology. Zaporozhye, 2006.

4. Rozenshtrauh L, Rybakova N, Winner M. Respiratory diseases X-ray diagnostics: A guide for

doctors (2nd edition). Moskva, Meditsina, 1987.

5. Prosvetov YuV (ed). Reference book for the pulmonologist and phthisiologist (main diseases). Textbook.. Zaporozhye, «Prosv ta», 2015.

6. Prosvetov YuV and German AK (ed). Differential diagnosis of pulmonary tuberculosis with non-tuberculosis diseases. Zaporozhye, 2013.

Стаття надійшла до редакції 07.02.2019