

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПНЕВМОНИИ

*Бородина Г.Л., Стальмашко Т.С., Козловский Д.С.
Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Публикация посвящена проблеме дифференциальной диагностики туберкулеза у пациентов с отсутствием бактериовыделения. В работе представлены результаты ретроспективного анализа медицинских карт пациентов, направленных в «РНПЦ ПФ» из пульмонологических отделений больниц города Минска для диагностики туберкулеза. Проанализировано 105 клинических случаев, в 20 из которых был диагностирован инфильтративный туберкулёз, причем в 7 случаях был использован метод видеоторакоскопии с биопсией легкого. Проведен анализ причин сложности диагностики туберкулеза. Показано, что имеет место недооценка некоторых клинических симптомов и переоценка значимости рентгенологических данных.

***Ключевые слова:** туберкулёз, пневмония, бактериовыделение, дифференциальная диагностика.*

EFFICIENCY OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS AND PNEUMONIA AMONG PATIENTS WITHOUT BACTERIAL EXCRETION

*Baradzina H.L., Stalmashka T.S., Kozlovskiy D.S.
Belarusian State Medical University,
Belarus, Minsk*

The publication is devoted to the problem of differential diagnosis of tuberculosis in patients with the absence of bacterial excretion. The paper presents the results of a retrospective analysis of patients referred to the Republic Scientific-Practical Center of Pulmonology and Phthisiatry (Minsk) from the pulmonary departments of Minsk hospitals for the tuberculosis diagnosis medical documentation. 105 clinical cases were analyzed, 20 of which were diagnosed with infiltrative tuberculosis, and in 7 cases the method of video-assisted thoracoscopy with lung biopsy was used. An analysis of the causes of the difficulty diagnosing tuberculosis was conducted. It has been shown that there is an underestimation of some clinical symptoms and an overestimation of the significance of radiological data.

***Keywords:** tuberculosis, pneumonia, bacterial excretion, differential diagnosis.*

Несмотря на достижения в бактериологической и молекулярно-генетической диагностике, а также в лечении туберкулеза (ТБ), он остается важнейшей проблемой здравоохранения. Согласно данным ВОЗ в глобальном масштабе улучшение эпидемиологической ситуации происходит медленно: заболеваемость туберкулезом снижается примерно на 2% в год, а смертность – на 3% [1]. Туберкулез остается одной из 10 ведущих причин смерти в мире и является преобладающей причиной смерти от заболеваний инфекционной природы, превосходя ВИЧ/СПИД. Большую часть смертей от ТБ можно было бы предотвратить путем ранней диагностики и соответствующего лечения [2]. Актуальность ранней диагностики этого заболевания не вызывает сомнений, учитывая существование проблемы лекарственно-устойчивого ТБ. Каждый год ТБ диагностируется и успешно излечивается у миллионов людей, однако диагностика этого заболевания остается трудной задачей, особенно при отсутствии бактериовыделения.

Целью исследования явился анализ эффективности диагностики туберкулеза у пациентов без бактериовыделения и выявление основных факторов, осложняющих дифференциальную диагностику туберкулеза и пневмоний.

Основными задачи исследования:

1. Определение частоты подтверждения предварительного диагноза «инфильтративный туберкулёз» у пациентов с отсутствием бактериовыделения, направленных в «РНПЦ ПФ» из пульмонологических отделений клинических больниц г. Минска.

2. Анализ клинические и лабораторных данных у пациентов с наличием синдрома инфильтрации в легких без бактериовыделения, госпитализированных для исключения туберкулеза.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 6002 медицинских карт пациентов, проконсультированных в Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии» («РНПЦ ПФ») за 2017 год (рисунок 1). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics 23» с расчетом статистического критерия χ^2 .

Результаты и их обсуждение. В Республике Беларусь ежегодно в консультативный центр «РНПЦ ПФ» обращается около 6 тысяч пациентов. Как показывает представленная схема (рис.1), более половины проконсультированных пациентов (51,9%) составили страдающие пульмонологическими заболеваниями. Каждый пятый пациент был направлен на консультацию для исключения туберкулеза легких (1198 (20%)). При наличии бактериовыделения диагностика туберкулеза не вызывала затруднений, и пациенты направлялись в профильные отделения для прохождения курса лечения. У 105 (1,7% от всех проконсультированных в 2017 году) пациентов был выставлен предварительный диагноз «инфильтративный

туберкулез», но бактериовыделение отсутствовало, и пациенты были госпитализированы в «РНПЦ ПФ» (1-е терапевтическое отделение) для дополнительного обследования. Таким образом, среди всех пациентов, направленных на консультацию для исключения туберкулеза легких, у 8,8% пациентов после консультации в республиканском центре был выставлен предварительный диагноз впервые выявленного инфильтративного туберкулеза легких, но данный диагноз нуждался в верификации из-за отсутствия бактериовыделения.

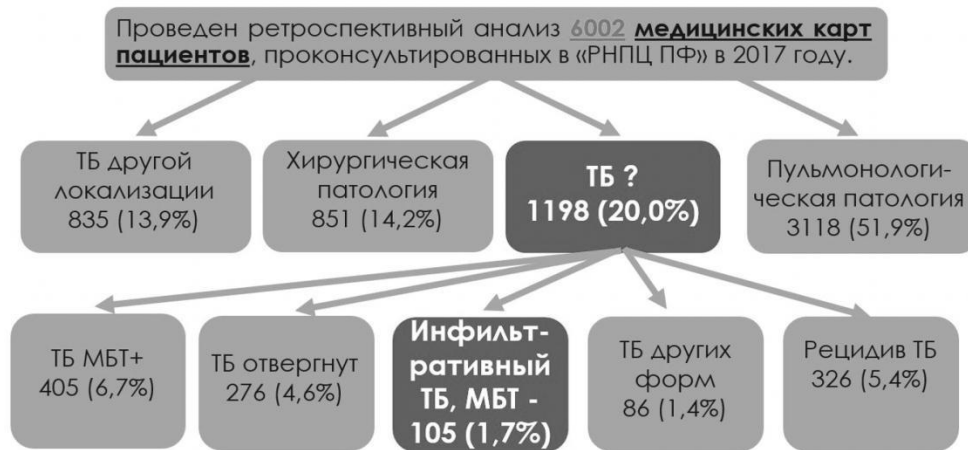


Рисунок 1. Структура пациентов, проконсультированных в «РНПЦ ПФ» в 2017 году

Среди 105 проанализированных случаев мужчины составили 60,6%, женщины – 39,4%. Средний возраст пациентов составил $52 \pm 0,9$ года. В процессе дополнительного обследования в 1-ом терапевтическом отделении у 13 пациентов данной группы диагноз ТБ подтвердился бактериологически в течение 1-го месяца путем повторных исследований индуцированной мокроты в стандартизированных условиях «РНПЦ ПФ». Диагноз пневмонии с исходом в постпневмонический пневмофиброз был выставлен 3 пациентам. 14 пациентов с характерной для ТБ рентгенологической картиной, но без бактериовыделения были госпитализированы в торакальное (хирургическое) отделение для выполнения видеоторакоскопии, по результатам которой диагноз ТБ морфологически подтвердился у 7 пациентов. Таким образом, инфильтративный ТБ верифицирован у 19% (20 пациентов) без бактериовыделения, у которых данный диагноз предполагался в процессе консультирования в консультационном центре «РНПЦ ПФ» (рис. 2).



Рисунок 2. Структура госпитализированных в «РНПЦ ПФ» пациентов

Следующим этапом наших исследований было разделение 105 госпитализированных пациентов из пульмонологических отделений клиник г. Минска на 2 группы на основании установленных им в «РНПЦ ПФ» клинических диагнозов. Первая включает пациентов с предварительным диагнозом «пневмония» ($n = 85$), вторая – «инfiltrативный ТБ» ($n = 20$). Доля мужчин в первой группе составила 58,6%, во второй - 75% ($X^2=5,789$; $p=0,016$).

Далее мы провели сравнительный анализ клинических данных пациентов с целью выявить специфические признаки заболеваний. Наши данные с высокой достоверностью подтверждают, что бессимптомное течение или скудная клиническая симптоматика часто встречаются у пациентов с туберкулезом. Тем не менее, пациенты с туберкулезом в целом чаще, чем ожидалось, предъявляли жалобы различного характера (50%). Так, 25% пациентов жаловались на кашель различного характера и 25% предъявляли жалобы на боли в грудной клетке, что не является распространенной жалобой пациентов с ТБ. В то же время наши исследования опровергают данные о том, что у пациентов с пневмонией редко наблюдается отсутствие жалоб и клинических симптомов (23,5% случаев). Кровохарканье встречалось редко, но примерно с одинаковой частотой у пациентов обеих групп. В то же время у пациентов с пневмонией статистически достоверно чаще встречалась одышка – 21,9% против 5% (табл. 1).

Таблица 1. Респираторные жалобы пациентов с пневмонией и туберкулезом

Респираторные жалобы	Группа 1 Пневмония	Группа 2 Туберкулез	Критерий значимости
Кашель, n (%), в том числе:	50 (58,6%)	5 (25,0%)	$X^2=1.633$; $p=0,202$
- сухой кашель, n (%)	32 (37,9%)	3 (15,0%)	$X^2=21,491$; $p<0,001$
- кашель с мокротой, n (%)	18 (20,7%)	2 (10,0%)	$X^2=4,619$; $p=0,032$
Боли в грудной клетке, n (%)	18 (20,7%)	5 (25,0%)	$X^2=0.452$; $p=0,502$
Кровохарканье, n (%)	2 (2,4%)	1 (5,0%)	$X^2=1.332$; $p=0,249$

Одышка, n (%)	18 (21,2%)	1 (5%)	$\chi^2=11.317;$ $p<0,001$
Лоб нет, n (%)	20 (23,5%)	10 (50,0%)	$\chi^2= 14,500; p<0,001$

Среди жалоб неспецифического характера, отражающих общую интоксикацию, к нашему удивлению, примерно с одинаковой частотой наблюдались лихорадка и снижение веса. У пациентов с пневмонией статистически чаще встречались тахикардия – 3,5% и 0% и слабость 41,2% и 25%. А пациенты с туберкулезом достоверно чаще отмечали потливость, особенно по ночам – 3,5% и 15% (табл.2).

Таблица 2. Признаки общей интоксикации у пациентов с пневмонией и туберкулезом

Признаки общей интоксикации	Группа 1 Пневмония	Группа 2 Туберкулез	Критерий значимости
Лихорадка, n (%)	11 (12,9%)	2 (10%)	$\chi^2=0,442; p=0,507$
Потливость, n (%)	3 (3,5%)	3 (15%)	$\chi^2=7.037; p=0,008$
Слабость, n (%)	35 (41,2%)	5 (25%)	$\chi^2=5.789; p=0,017$
Похудание, n (%)	6 (7,1%)	1 (5%)	$\chi^2=0.355; p=0,552$
Тахикардия, n (%)	3 (3,5%)	0 (0%)	$\chi^2=4.082; p=0,044$

Лейкоцитоз статистически достоверно чаще отмечался у пациентов с туберкулезом, чем при пневмонии (45% и 17,6% соответственно). А палочкоядерный сдвиг статистически достоверно наблюдается только у пациентов с пневмонией – 7,1%. СОЭ была повышена примерно у половины пациентов обеих групп. Таким образом, лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево имели высокое значение для дифференциальной диагностики пневмонии с туберкулезом (рис. 3).

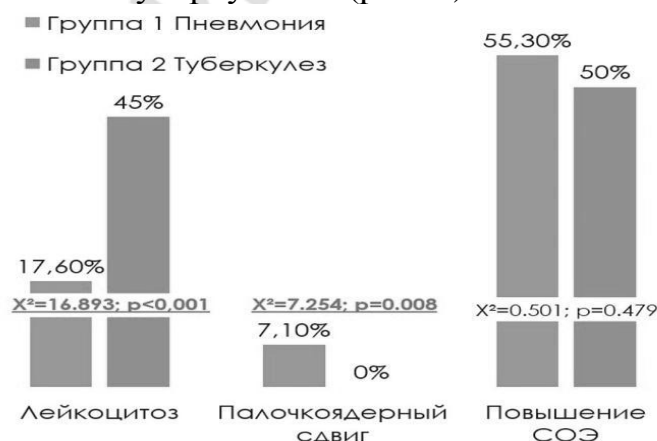


Рисунок 3. Некоторые лабораторные показатели у пациентов с пневмонией и туберкулезом

Лейкоцитоз и повышение СОЭ при туберкулезе в некоторых случаях были обусловлены наличием сопутствующих заболеваний, что значительно осложняло дифференциальную диагностику.

В 1-ой группе типичная локализация процесса для пациентов с диагнозом пневмония (нижняя доля), наблюдалась только в 27,6% случаев, что также затрудняло диагностику; во 2-й группе типичная локализация в верхней доле встречалась у 75,0% пациентов, атипичная – у 25,0% ($X^2= 23,766$; $p=0,001$).

Выводы:

1. Диагностика туберкулеза при отсутствии бактериовыделения остается трудной задачей даже для высококвалифицированных врачей пульмонологических отделений ГКБ Минска и РНПЦ ПФ.

2. Из 105 пациентов, госпитализированных с подозрением на ТБ, диагноз ТБ был верифицирован у 19% пациентов, причем в 7 случаях был использован метод видеоторакоскопии с биопсией легкого.

3. Основной причиной сложности диагностики ТБ является атипичная клиничко-лабораторная и рентгенологическая картина. В то же время имеет место недооценка некоторых клинических симптомов и переоценка значимости рентгенологических данных.

4. Среди показателей общей интоксикации значение для дифференциальной диагностики пневмонии с туберкулезом имеет, прежде всего, лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, который ни разу не наблюдался у пациентов с туберкулезом.

5. Еще одной причиной трудности диагностики, является растущая резистентность неспецифической флоры к антибиотикам широкого спектра, не позволяющая добиться быстрой рентгенологической динамики процесса при пневмонии и требующая повторных курсов терапии, что делает необходимым проведение дифференциальной диагностики с туберкулезом.

Список литературы

1. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2017 год [Электронный ресурс]: Резюме. – Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Европейское региональное бюро. – Режим доступа: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_ru.pdf?ua=1, свободный. – Дата доступа: 10.01.2019.

2. Коломиец, В.М. Пути достижения целевого индикатора по показателю «смертность от туберкулеза» / В.М. Коломиец, А.Н. Лаптев, Г.Л. Бородина // Туберкулез и болезни легких. – 2015. – № 5. – С. 86-87.