

## ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

*Шайнуров М.И., Машков Н.С., Тюлькина Е.А.*

БУЗ УР «Республиканская клиническая противотуберкулезная больница» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, г. Ижевск

## DIAGNOSTIC DIFFICULTIES OF LUNG DISEASES (CLINICAL OBSERVATION)

*Shainurov M.I., Mashkov N.S., Tyulkina E.A.*

Republican Clinical Tuberculosis Hospital of Ministry of Health of Udmurt Republic, Izhevsk

**Резюме.** Многие заболевания имеют сходные клинические проявления и рентгенологические изменения в легких, что приводит к неправильному установлению первоначального диагноза. При этом имеет место как гипо - так и гипердиагностика. В последние года с внедрением новых методов диагностики процент ошибок снизился. Ежегодно у 17 - 20 больных, поступивших на лечение в туберкулезную больницу, диагноз туберкулеза не подтверждался, что составляет 1–4 % от поступивших на стационарное лечение. Основные ошибки в основном возникают при дифференциальной диагностике туберкулеза, доброкачественных и злокачественных опухолей, пневмоний, редко саркоидоза. Приведены примеры наблюдений.

**Ключевые слова:** туберкулез, онкология, лучевая диагностика, хирургия.

**Summary.** Many diseases have similar clinical representations and roentgenological changes in the lungs leading to initial misdiagnosis. The cases occurred either hypo- or hyper-diagnosed. New diagnostic techniques have recently decreased the percentage of errors. Annually 17 -20 in-patients did not confirm the diagnosis of tuberculosis making 1-4% out of total newly admitted patients. Most mistakes take place frequently in differential diagnosis of tuberculosis, benign and malignant tumors, rarely in sarcoidosis. The article represents clinical observations.

**Key words:** tuberculosis, oncology, radiation diagnosis and surgery.

Многие заболевания имеют сходные клинические проявления и рентгенологические изменения в легких, что приводит к неправильному установлению первоначального диагноза [1,2]. В 50-х годах прошлого столетия Г.Р. Рубинштейн сообщает о 35 – 45 % случаев расхождения первоначального и уточненного диагноза при туберкулезе легких, в 1998 году А.Г. Хоменко также приводит аналогичную частоту ошибочной диагностики туберкулеза, составляющую до 40 %. При этом имеет место как гипо – так и гипердиагностика [3,4]. В последние года с внедрением новых методов диагностики процент ошибок снизился [5].

Проведен анализ статистических отчетов и отчетных документов по Удмуртской республике за 2008 – 2010 года. Ежегодно у 17 - 20 больных, поступивших на лечение в туберкулезную больницу, диагноз туберкулеза не подтверждался, что составляет 1–4 % от поступивших на стационарное лечение. Основные ошибки в основном возникают при дифференциальной диагностике туберкулеза, доброкачественных и злокачественных опухолей, пневмоний, редко саркоидоза.

Приводим клинические примеры.

### **Наблюдение № 1.**

Пациентка Ш., 39 лет, поступила в РКТБ 25.03.2010 г. с жалобами на слабость, ноющие боли в грудной клетке слева.

Изменения в легких выявлены при очередном флюорографическом исследовании в марте 2010 г. Направлена на консультацию в РКТБ, выставлен диагноз: Инфильтративный туберкулез нижней доли левого легкого в фазе распада IA МБТ (-). В анамнезе тубконтакт не выявлен. Флюорограммы за предыдущие года не представлены.

При поступлении состояние больной было удовлетворительным. Температура тела нормальная. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушивались. ЧДД – 18 в мин. АД 100/70 мм.рт.ст., пульс 75 ударов в минуту. Анализ крови без особенностей. Анализ мочи на кислотоустойчивые микобактерии многократно методом люминесцентной микроскопии отрицательные, посевы в работе. Реакция Манту и Диаскинтест отрицательные.

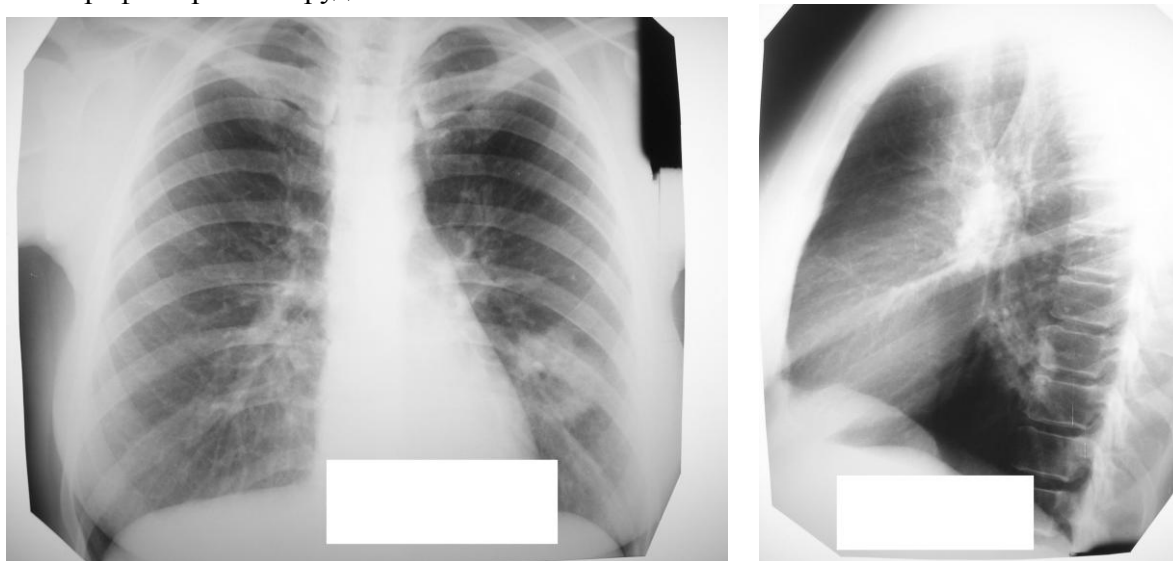
Рентгенологическое исследование органов грудной клетки от 18.03.2010 г.: слева в проекции S 9+10 определяется инфильтрат с распадом и «дорожкой» к корню легкого (рисунок 1).



**Рисунок 1 - Рентгенограммы левого легкого от 18.03.2010 г. Пациентка Ш.**

Назначено лечение по IIб режиму (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид, капреомицин, левофлоксацин). Лечение переносила плохо. Проведена коррекция химиотерапии.

Через месяц лечения при проведении контрольного рентгенологического исследования от 27.04.2010 г.: динамики не выявлено, слева в проекции S9+10 сохранялось образование с распадом (рисунок 2). Диагноз туберкулеза вызвал сомнения. Рекомендована компьютерная томография органов грудной клетки.



**Рисунок 2 - Рентгенограммы от 27.04.2010 г. Пациентка Ш.**

Фибробронхоскопия от 21.04.2010 г.: добавочное устье на латеральной стенке В10

слева, дренаж серозно-гнойного секрета по добавочному бронху.

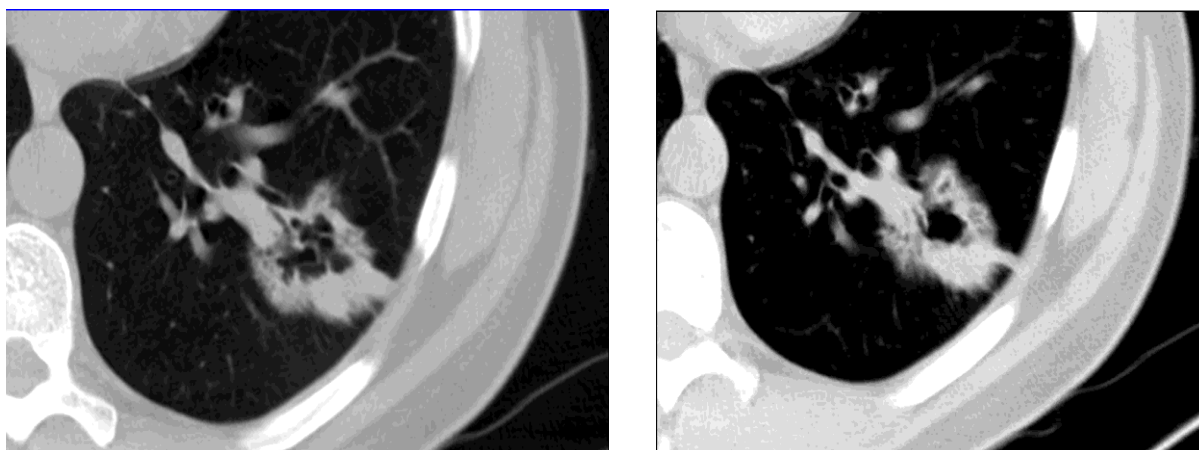
Результаты компьютерной томографии органов грудной клетки от 30.04.2010 г.: признаки образования S9 нижней доли левого легкого, вероятнее всего хронический абсцесс, не исключена грибковая этиология образования (рисунок 3).

Проконсультирована торакальным хирургом 04.05.2010 г.: рекомендовано оперативное лечение.

05.05.2010 г. отменены противотуберкулезные препараты.

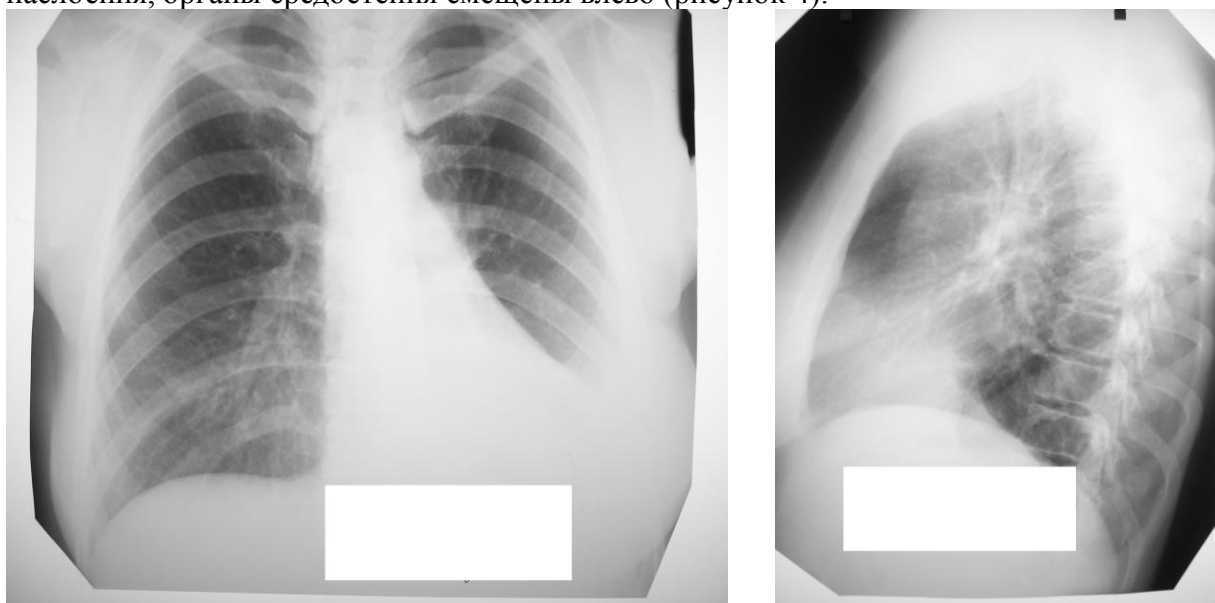
12.05.2010 г. выполнена операция: резекция нижней доли левого легкого. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Макропрепарат: нижняя доля с плотно – эластическим образованием, на разрезе представляющим опухолевидное округлое образование до 3,0 см в диаметре, белого цвета, с полостью до 0,5 см. Окружающая ткань легкого интактна. Препарат отправлен на гистологическое исследование.



**Рисунок 3. Компьютерная томография органов грудной клетки пациентки Ш. от 30.04.2010 г.**

Рентгенография органов грудной клетки от 20.05.2010 г.: слева состояние после резекции нижней доли, легкое расправлено, в нижних отделах массивные плевральные наслоения, органы средостения смещены влево (рисунок 4).



**Рисунок 4 - Рентгенограммы органов грудной клетки от 20.05.2010 г. Пациентка Ш.**

Гистологическое заключение от 21.05.2010 г.: гамартома, аденоматоидный вариант.

Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии 27.05.2010 г. с диагнозом: Аденоматозная гамартрома нижней доли левого легкого. Рекомендовано диспансерное наблюдение участкового терапевта, онколога.

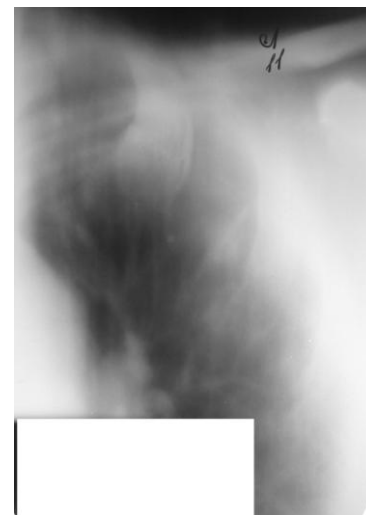
**Наблюдение № 2.**

Пациентка Ф., 45 лет, поступила в РКТБ 04.05.2011 г. с жалобами на слабость, кашель с мокротой слизистого характера, потливость по ночам.

Изменения в легких выявлены при очередном флюорографическом исследовании в апреле 2011 г. Направлена на консультацию в РКТБ, выставлен диагноз: Инfiltrативный туберкулез S 1+2 левого легкого IA МБТ (-). В анамнезе контакт с больным туберкулезом не выявлен. При ретроспективном анализе предыдущих флюорограмм за 2008 и 2010 г.г. - патологии в легких не выявлено.

При поступлении состояние больной было удовлетворительным. Температура тела нормальная. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушивались. ЧДД – 18 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст., пульс 90 ударов в минуту. В гемограмме без отклонений от нормы. Анализы мокроты на кислотоустойчивые микобактерии многократно методом люминесцентной микроскопии отрицательные, посева в работе. Реакция Манту и Диаскинтест отрицательные.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки от 20.04.2011 г.: слева в проекции S 1+2 определяется фокусная тень до 1,5 см. в диаметре, очаги различной плотности, фиброз, перифокальная инфильтрация (рисунок 5).

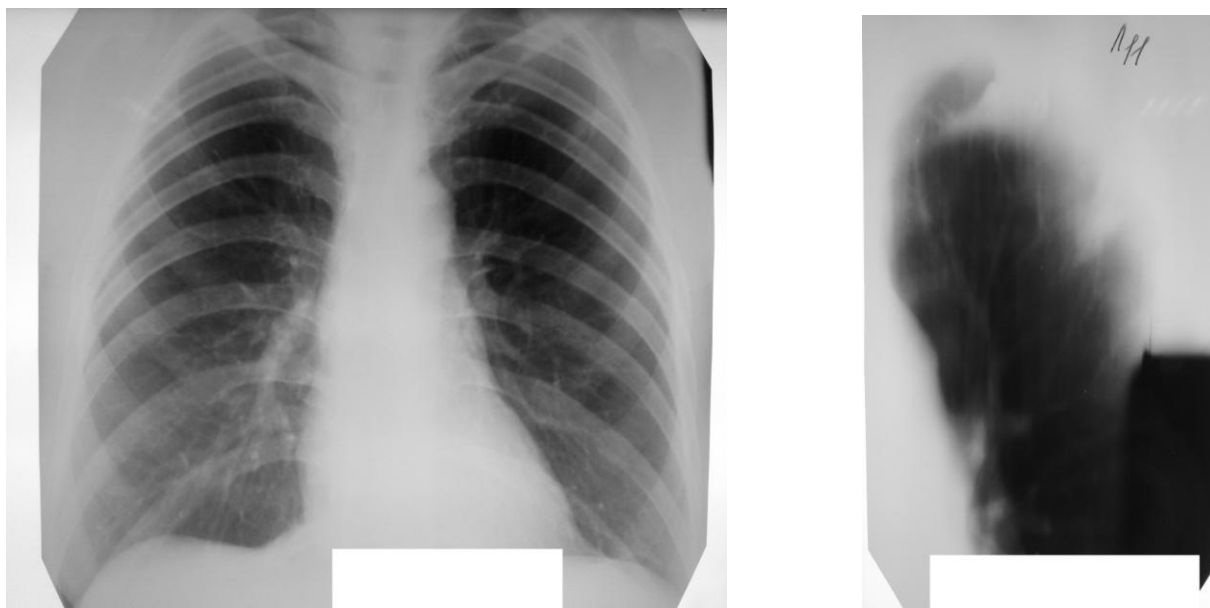


**Рисунок 5 - Рентгенограммы легких от 20.04.2011 г. (при поступлении). Пациентка Ф.**

Назначено лечение по I режиму химиотерапии (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол). Лечение переносила хорошо.

Фибробронхоскопия – патологии бронхиального дерева не выявлено. Промывные воды бронхов на МБТ отрицательные.

Через 2 месяца при контрольном рентгенологическом исследовании от 30.06.2011 г.: отмечалась медленная положительная динамика в виде рассасывания инфильтрации и уменьшения в размерах фокусной тени (рисунок 6).



**Рисунок 6 - Рентгенограммы от 30.06.2011 г. Пациентка Ф.**

Лечение было продолжено, переносимость удовлетворительное. Гемограмма без особенностей. В посевах мокроты микобактерии туберкулёза не обнаружены. При очередном рентгенконтроле от 07.09.2011 г.: динамики не выявлено.

Проконсультирована торакальным хирургом 08.09.2011 г.: рекомендовано оперативное лечение.

27.09.2011 г. выполнена операция: атипичная резекция S 1+2 слева. На разрезе в S 1+2 слева образование серого цвета, подозрительное на опухолевый процесс. Интраоперационно сделан мазок на МБТ – результат отрицательный, мазок на онкоцитологию – обнаружены атипичные клетки. Объем операции расширен до верхней лобэктомии слева с лимфодиссекцией средостения. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Макропрепарат: верхняя доля левого легкого, в которой в S 1+2 мягко -эластическое образование округлой формы, размерами до 0,7 см. в диаметре, серого цвета. Лимфоузлы макроскопически не изменены. Препарат отправлен на гистологическое исследование.

Рентгенотомографически от 05.10.2011 г.: слева состояние после резекции верхней доли, легкое расправлено, плевральные наслоения (рисунок 7).



**Рисунок 7 - Рентгенограммы от 05.10.2011 г. Пациентка Ф.**

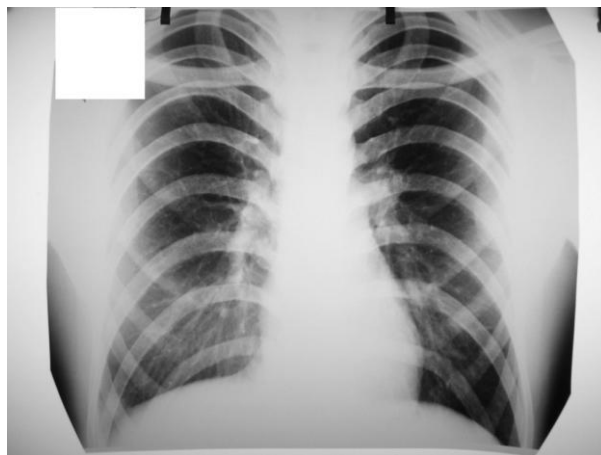
Гистологическое заключение от 11.10.2011 г.: бронхиоло-альвеолярный рак без метастатического поражения лимфоузлов. Пациентка выписана с рекомендацией

диспансерного наблюдения онколога, участкового терапевта.

### **Наблюдение №3**

Пациент Б., 22 года поступил в РКТБ 20.05.2010 года с жалобами на слабость, ноющие боли в грудной клетке справа, повышение температуры до 38°C.

Из анамнеза заболевания: изменения в легких выявлены при обращении 17.02.2010 года в участковую поликлинику с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 38°C, слабость. Была проведена рентгенография органов грудной клетки, при которой выявлены изменения в виде затемнения в нижней доле справа (рисунок 8).



**Рисунок 8 - Рентгенограмма пациента Б. от 17.02.2010 г.**

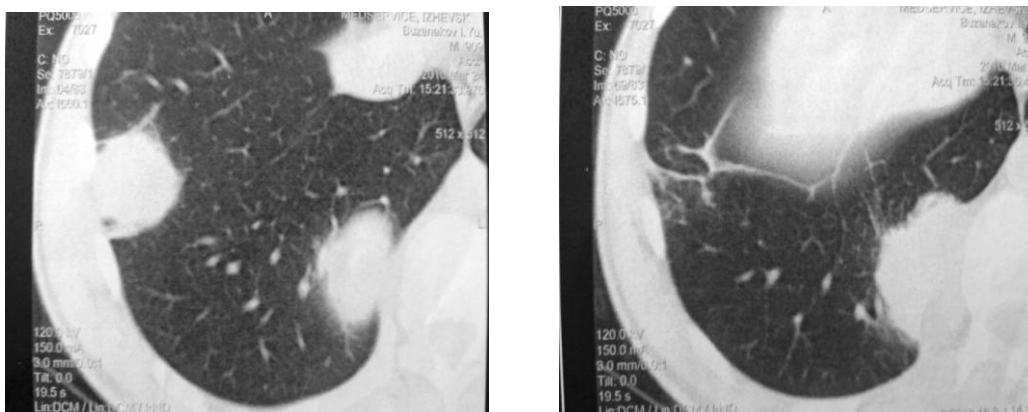
С диагнозом правосторонняя нижнедолевая пневмония находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении с 03.03.2010 года по 26.03.2010 год.

Несмотря на проводимое лечение, рентгенологически отмечалась отрицательная динамика: над диафрагмой справа определялись два образования до 4,5 см в диаметре на интактном фоне (рисунок 9). Диагноз пневмонии вызвал сомнения. Рекомендовано проведение компьютерной томографии органов грудной.



**Рисунок 9 - Рентгенограмма пациента Б. от 19.03.2010 г.**

Результаты КТ органов грудной клетки от 24.03.2010 г – объемные образования нижней доли справа (рисунок 10).



**Рисунок 10 - Компьютерная томография органов грудной клетки пациента Б. от 24.03.2010г.**

Проконсультирован онкологом, проведено дообследование.

С 16.04.2010 года по 30.04.2010 года находился на лечении в торакоабдоминальном отделении онкологического диспансера.

19.04.2010 года проведена операция: комбинированная атипичная резекция нижней доли справа.

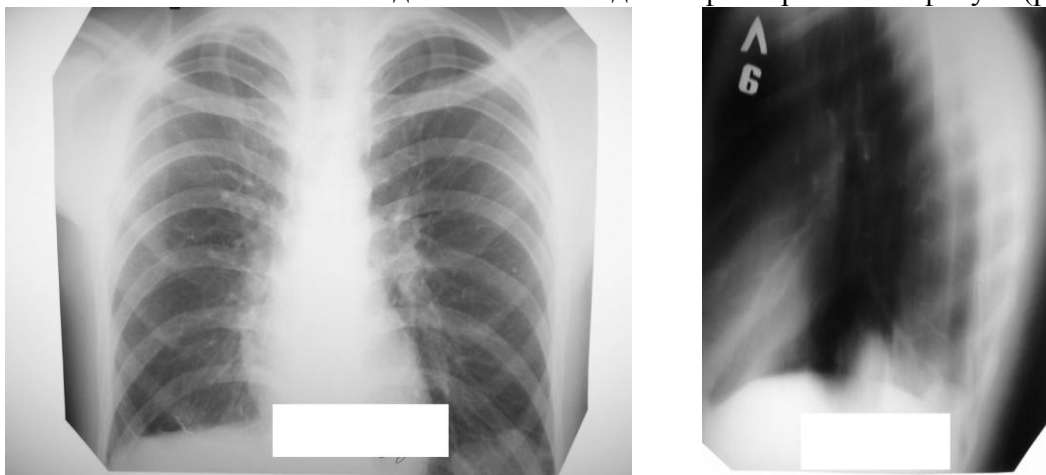
Гистологическое исследование от 22.04.2010 года: в ткани легкого очаг казеозного некроза с образованием по периферии эпителиоидноклеточных гранул и центральным некрозом, наличием гигантских клеток инородных тел; гистокартина может соответствовать туберкулезному поражению.

Результаты ПЦР от 04.05.2010 года: в образцах «опухоли» выявлена ДНК микобактерии туберкулеза.

Проконсультирован фтизиатром. После пересмотра гистологических препаратов взят на учет с диагнозом: Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, состояние после резекции S9 правого легкого, IA МБТ (-). Госпитализирован во фтизиатрический стационар.

При поступлении состояние больного было удовлетворительным. Температура тела 37,5°C. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушивались. ЧДД – 20 в мин. АД 130/70 мм.рт.ст., пульс 100 ударов в минуту. В анализе крови лейкоцитоз до  $11,4 \times 10^9/\text{л}$  и повышение СОЭ до 41 мм/ч. Анализ мочи на МБТ многократно люминесцентной микроскопией отрицательные. Реакция Манту – папула 10 мм.

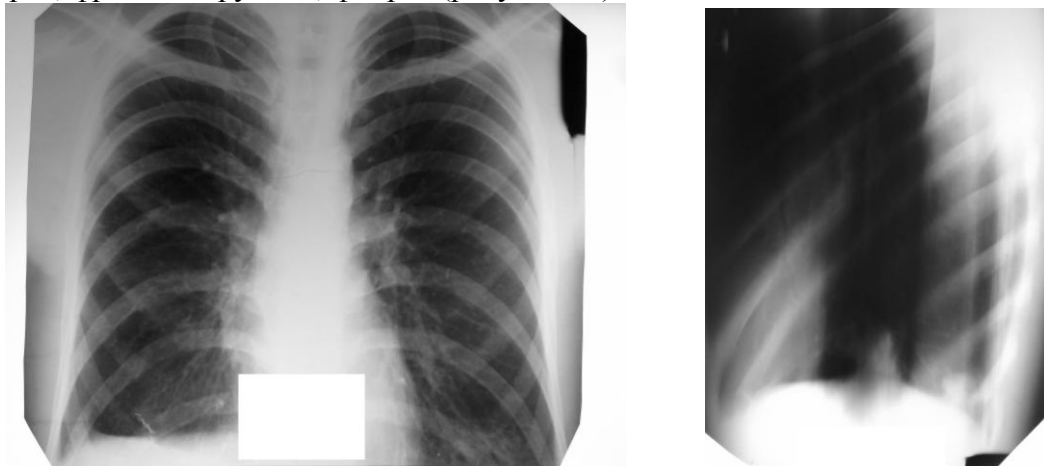
При контрольной рентгенографии легких от 24.05.2010 г. выявлена отрицательная динамика: справа состояние после оперативного лечения, легкое расправлено, в нижнем легочном поле танталовые цепочки, купол диафрагмы до 5 ребра, в спайках, уплощен, синусы запаяны. Слева в нижней доле появились два инфильтративных фокуса (рисунок 11).



**Рисунок 11 - Рентгенограммы пациента Б. от 24.05.2010 г**

Назначено лечение по Пб режиму (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид, протионамид, амикацин, левофлоксацин). Лечение переносил плохо. Проведена коррекция химиотерапии.

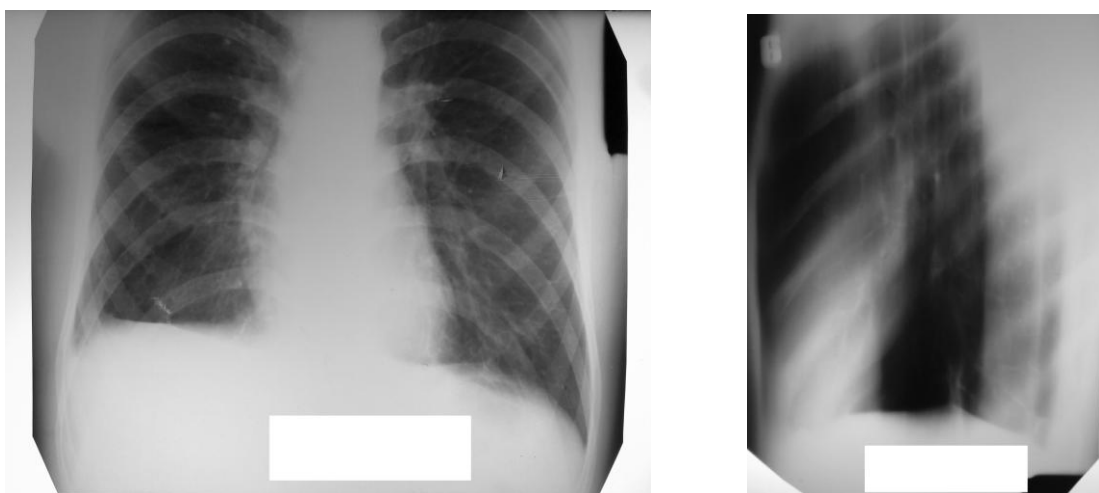
На контрольных рентгенограммах легких от 27.07.2010 г. (через 2 мес. после начала лечения) отмечалась положительная динамика: справа – состояние после оперативного лечения, без динамики. Слева в нижней доле инфильтративные фокусы уменьшились в размерах, фрагментируются, фиброз (рисунок 12).



**Рисунок 12 - Рентгенограммы пациента Б. от 27.07.2010 г.**

Исследование мокроты: микобактерии туберкулёза методом посева на жидкие и плотные питательные среды не обнаружены. Гемограмма нормализовалась: лейкоцитов –  $7,0 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 14 мм/ч.

При рентгенологическом контроле от 07.12.2010 г. (через 6 месяцев лечения) – динамика положительная: справа – без динамики, слева в нижней доле на фоне фиброзных изменений группа очагов (рисунок 13).



**Рисунок 13 - Рентгенограммы пациента Б. от 07.12.2010 г.**

Гемограмма от 30.08.2011г.: Нб – 146 г/л, Эр –  $4,54 \times 10^{12}/\text{л}$ , Лейк –  $5,0 \times 10^9/\text{л}$ , Э – 3, П – 0, С – 64, Лим – 22, М – 11, СОЭ – 4 мм/ч. Микобактерии туберкулёза в мокроте методом посева на жидкие и плотные питательные среды многократно не обнаружены.

В удовлетворительном состоянии 13.12.2010 г. пациент выписан из стационара для продолжения лечения на амбулаторном этапе.

Таким образом, основными причинами ошибок в диагностике заболеваний легких, являются следующие причины:

1. Редкое применение современных методов диагностики, связанное с отсутствием в БУЗ УР «РКТБ МЗ УР» компьютерного томографа.



2. Схожесть рентгенологических симптомов разных заболеваний.
3. Неправильная интерпретация рентгенологических синдромов, недооценка клинических и анамнестических данных.
4. Отсутствие данных о предыдущих рентгенологических исследованиях.

#### **Литература**

1. Белова И.Б., Китаев В.М. Ошибки диагностики туберкулеза легких. Медицинская визуализация. 2001; 1: 45-50.
2. Мишин В.Ю., Дейкина О.Н., Назарова Н.В. Дифференциальная диагностика туберкулеза и внебольничной пневмонии. Consilium medicum. 2004; 4.
3. Помельцов К.В. Рентгенологическая диагностика туберкулеза легких. М., Медицина. 1971.
4. Рубинштейн Г.Р. Дифференциальная диагностика заболеваний легких. Т. 1. М.: Медгиз, 1949. 1-377; Т. II (атлас). М.: Медгиз, 1950. 1- 252.
5. Цебекова Л.А. Дифференциальная диагностика туберкулеза и некоторых других заболеваний органов дыхания. СПб.; 2006.

**Автор, ответственный за переписку:**

Шайнуров Марат Ильгисович, maratdina@mail.ru