

УДК616.24-031.13-079.4

С.М. Лепшина¹, М.А. Миндрул¹, Д.С. Мирошниченко², Е.И. Юровская²,
Д.О. Литвин², Е.Е. Садовник², Т.В. Джеджева²

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

¹ Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,

² Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ ДНР

Резюме. В настоящее время эпидемиологическая ситуация по туберкулезу во многих странах мира остается напряженной. Одним из показателей неблагоприятных тенденций во фтизиатрии является рост удельного веса диссеминированного туберкулеза. Дифференциальная диагностика данной клинической формы туберкулеза всегда вызывала трудности. Общеизвестной тактики дифференциальной диагностики легочных диссеминаций нет. Диагностика основывается на данных клиничко-рентгенологической картины, профессионального маршрута, длительности заболевания и др. При неясном характере диссеминации необходимо использовать бронхологическое обследование и биоптические методы диагностики — биопсию, медиастиноскопию лимфатических узлов и легочной ткани.

Цель исследования: оценить результаты трансторакальной биопсии у больных диссеминированными поражениями легких.

Материалы и методы. Трансторакальная биопсия легких выполнена 148 больным с диссеминированным поражением легких (ДПЛ), находившихся на дообследовании в легочно-хирургическом отделении Республиканской клинической туберкулезной больницы в период с 2013 по 2015 гг. Диагноз установлен с помощью патоморфологического исследования биопсийного материала. Материалы обработаны методом вариационной статистики.

Результаты. Установлено, что диссеминированный туберкулез был диагностирован у 17 (11,5 ± 2,6%) больных, пневмокониоз — у 23 (15,5 ± 3,0%) пациентов, канцероматоз — у 28 (18,9 ± 3,2%), саркоидоз — у 47 (31,8 ± 3,8%), идиопатический фиброзирующий альвеолит — у 16 (10,8 ± 2,6%), интерстициальная пневмония — у 9 (6,1 ± 2,0%), лимфогранулематоз — у 2 (1,4 ± 0,9%), лимфобластная лимфосаркома — у 1 (0,7 ± 0,7%), гранулематоз Вегенера — у 1 (0,7 ± 0,7%), склеротические изменения в легких — у 2 (1,4 ± 0,9%).

Выводы. Таким образом, случаи диссеминированного туберкулеза из числа лиц, обследуемых по поводу диссеминации неясного генеза в РКТБ, даже в условиях эпидемии ТБ составили 11,5%.

Ключевые слова: диссеминированное поражение легких, трансторакальная биопсия.

В настоящее время эпидемиологическая ситуация по туберкулезу во многих странах мира остается напряженной [1, 2, 3]. Проблемой современного туберкулеза является не только высокий уровень заболеваемости, но и изменение структуры его клинических форм в пользу более тяжелых. Одним из показателей неблагоприятных тенденций во фтизиатрии является рост удельного веса диссеминированного туберкулеза. Дифференциальная диагностика данной клинической формы туберкулеза всегда вызывала трудности, поэтому имели место случаи как гипо- так и гипердиагностики [4, 5]. В условиях широкого распространения ВИЧ-инфекции этот вопрос стал еще более актуальным. Общеизвестной тактики дифференциальной диагностики легочных диссеминаций нет. Диагностика основывается на данных клиничко-рентгенологической картины, профессионального маршрута, длительности заболевания и др. При неясном характере диссеминации необходимо использовать бронхологическое обследование и биоптические методы диагностики — биопсию, медиастиноскопию лимфатических узлов и легочной ткани [8, 9, 10].

Цель исследования: оценить результаты трансторакальной биопсии у больных диссеминированными поражениями легких. Материалы обработаны методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Установлено, что диссеминированный туберкулез был диагностирован у 17 (11,5 ± 2,6 %) больных, пневмокониоз — у 23 (15,5 ± 3,0 %) пациентов, канцероматоз — у 28 (18,9 ± 3,2 %), саркоидоз — у 47 (31,8 ± 3,8 %), идиопатический фиброзирующий альвеолит — у 16 (10,8 ± 2,6 %), интерстициальная пневмония — у 9 (6,1 ± 2,0 %), лимфогранулематоз — у 2 (1,4 ± 0,9 %), лимфобластная лимфосаркома — у 1 (0,7 ± 0,7 %), гранулематоз Вегенера — у 1 (0,7 ± 0,7 %), склеротические изменения в легких — у 2 (1,4 ± 0,9 %).

Цель исследования: оценить результаты трансторакальной биопсии у больных диссеминированными поражениями легких.

Материалы и методы. Трансторакальная биопсия легких выполнена 148 больным с диссеминированным поражением легких (ДПЛ), находившихся на дообследовании в легочно-хирургическом отделении Республиканской клинической туберкулезной больницы в период с 2013 по 2015 гг. Диагноз установлен с помощью патоморфологического исследования биопсийного материала. Материалы обработаны методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Установлено, что диссеминированный туберкулез был диагностирован у 17 (11,5 ± 2,6 %) больных, пневмокониоз — у 23 (15,5 ± 3,0 %) пациентов, канцероматоз — у 28 (18,9 ± 3,2 %), саркоидоз — у 47 (31,8 ± 3,8 %), идиопатический фиброзирующий альвеолит — у 16 (10,8 ± 2,6 %), интерстициальная пневмония — у 9 (6,1 ± 2,0 %), лимфогранулематоз — у 2 (1,4 ± 0,9 %), лимфобластная лимфосаркома — у 1 (0,7 ± 0,7 %), гранулематоз Вегенера — у 1 (0,7 ± 0,7 %), склеротические изменения в легких — у 2 (1,4 ± 0,9 %).

Приводим пример клинического случая, подтверждающий сложность диагностики диссеминированного поражения легких.

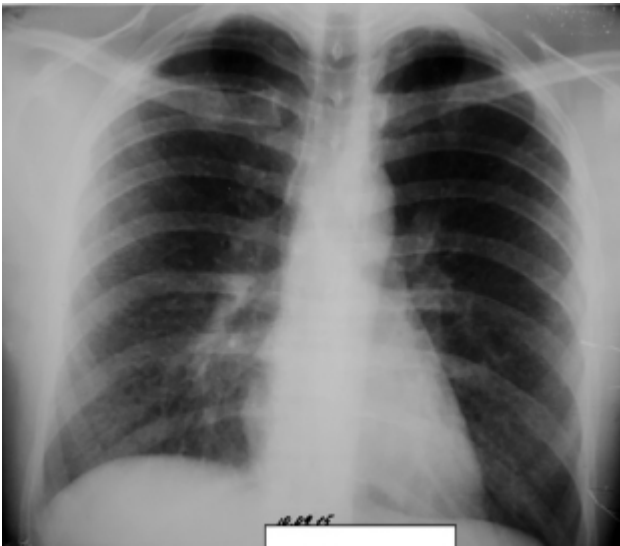


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, прямая проекция больного Б., 26 лет (23.10.2015 г.)

Больной Б., 26 лет находился в легочно-хирургическом отделении РКТБ с 22.10.2015 г. по 10.11.15 г. Поступил с жалобами на сухой кашель, одышку при физической нагрузке.

Изменения в легких выявлены при профосмотре в марте 2015 года в г. Иркутске. Дообследован в октябре 2015 г. в пульмонологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения. 5.10.15 г. выполнена ФТБС, — эндобронхит 1-2 стадия воспаления (БАЛЖ — АК, КУБ не обнаружены). 10.09.2015 г. выполнена рентгенография ОГК: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в легких определяются множественные очаги средней интенсивности с четкими контурами.

Трудоэкспертный анамнез: не работает.

Анамнез жизни: Туб. контакт, ВИЧ-инфекцию отрицает. Аллергические реакции, лекарственная непереносимость ампициллина. Вредные привычки: курит — 1/2 пачки в день, умеренно употребляет алкоголь.

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. Нормостеник. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими везикулярное дыхание, справа в нижних отделах ослабленное, сухие хрипы. Деятельность сердца ритмичная. Тоны сердца ясные, АД 120/80 мм рт.ст. ЧСС 86 мин. ЧДД 22/мин. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень — в подреберье, селезенка не пальпируется. Отрезки кишечника удовлетворительных свойств. Физиологические отправления в норме.

Предварительный диагноз: Диссеминация в легких неясного генеза.

Ро-логически: от 23.10.15 г. Грудная клетка не изменена. В легких очаги диссеминации средней интенсивности с четкими контурами, парааортально мелкие интенсивные л/у. Сердце норма (рис.1).

СКТ ОГК от 1.10.2015 г.: В легких на всем протяжении, более выражено в верхних и средних



Рис. 2. Спиральная компьютерная томография органов грудной клетки больного Б., 26 лет (1.10.2015 г.)

отделах, на фоне усиленного и деформированного легочного рисунка, визуализируются множественные мелкоузелковые уплотнения 0,2–0,4 см в диаметре, в S6 нижней доли левого легкого определяются единичные более плотные очаги, размерами 0,8 × 0,5 см и 0,45 см в диаметре. На верхушке отмечаются мелкие буллы: справа до 1,3 см, слева — до 1,1 см в диаметре, в S10 нижней доли правого легкого и S9 нижней доли левого легкого, субплеврально, так же отмечаются единичные буллы 0,5 см в диаметре. Корни легких структурны, не расширены. Плевральные полости свободные с обеих сторон. В средостении визуализируются уплотненные парааортальные л/узлы до 1,4 × 0,8 см. Костно-деструктивных изменений на уровне исследования не выявлено (рис. 2).

Общий анализ крови от 23.10.15 г.: эр — 5,19 Т/л, Нв — 157 г/л, тромб — 189 Г/л, Л — 3,9 Г/л, п — 2 %, с — 52 %, лимф — 38 %, м — 8 %, СОЭ — 2 мм/ч,

Биохимический анализ крови от 23.10.15 г.: глюкоза — 4,0 ммоль/л, билирубин — 12,8 — 3,4–9,4 мкмоль/л, АЛТ — 0,50 Ед/л, АСТ — 0,40 Ед/л, тимоловая проба — 3,8 ед.

Коагулограмма от 23.10.15 г.: протромбин — 65%, время рекальцификации — 38 сек, толерантность плазмы к гепарину — 4 мин 50 сек, фибриноген «В» — отрицательный, этаноловый тест — отрицательный, тромботест — норма, фибриноген — 4,0 г/л, свёртываемость: начало — 3 мин 20 сек, конец — 4 мин 03 сек, длительность кровотечения — 1 мин.

Общий анализ мочи от 23.10.15г.: удельный вес — 1014, белок, сахар — не обнаружены, Л — 2–3 в п/зр, эпителий плоский — единичный, слизь — умеренное кол-во, соли оксалаты — единичные.

Анализ мокроты — мокроту не выделяет.

Анализ крови на RW, ВИЧ, HbsAg отрицательный.

ЭКГ: Ритм синусовый. Вертикальное положение эл. оси сердца. Позиция вертикальная. Холинергическая реакция.

28.10.15 г. Выполнена операция — трансторакальная биопсия S7 левого легкого.

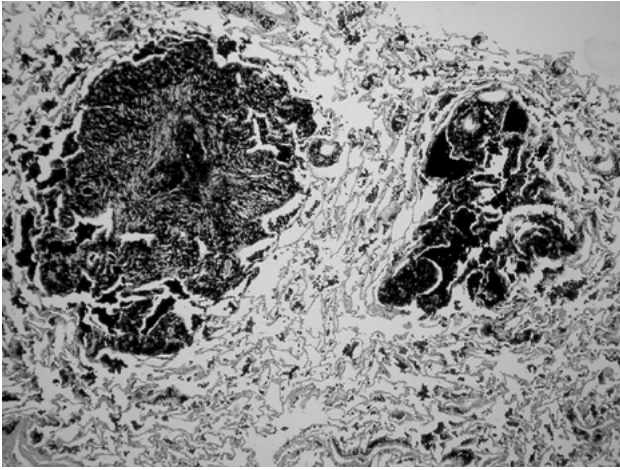


Рис. 3. Г/Э × 40 Антракотический узел. Сливающиеся мелкие антракотические узелки.

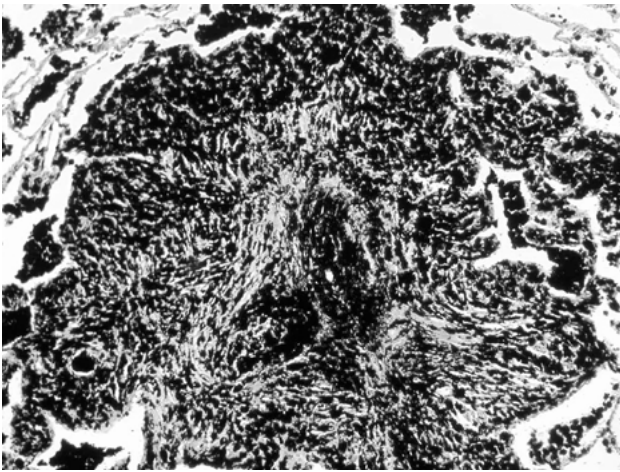


Рис. 4. Г/Э × 100 Крупный антракотический узел.

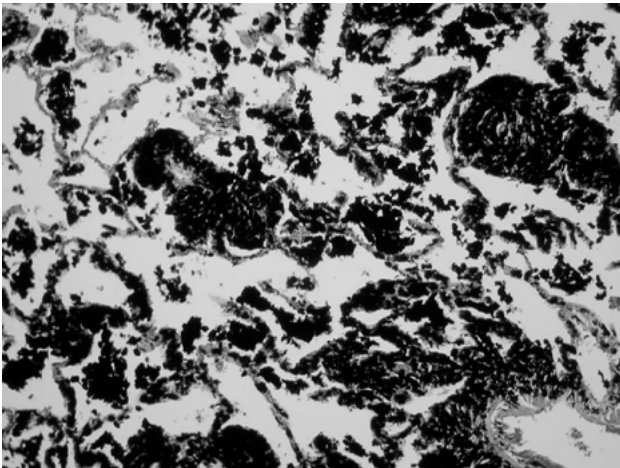


Рис. 5. Г/Э × 100 Утолщение межальвеолярной перегородки. Отложение угольного пигмента в межальвеолярных перегородках.

Гистологическое заключение № 4348–4359 В присланной ткани легкого — антракоз; хронический, преимущественно атрофический бронхит (рис. 3, 4, 5).

При дополнительном опросе больного установлено, что в течение 10 лет он работал на несанкционированных выработках угля — в «копанках».

На основании жалоб больного, анамнеза жизни и заболевания, а также данных морфо-

логического исследования установлен диагноз: Диссеминация в легких пылевой этиологии. Состояние после операции: Трансторакальная биопсия S7 левого легкого (28.10.15 г.).

В удовлетворительном состоянии выписан из отделения для продолжения лечения у пульмонолога по месту жительства. Рекомендовано: консультация профпатолога.

Выводы. Таким образом, случаи диссеминированного туберкулеза из числа лиц, обследуемых по поводу диссеминации неясного генеза в РКТБ, даже в условиях эпидемии ТБ составили 11,5 %. Верификация диагноза у больного Б., 26 лет стала возможной благодаря использованию современных биоптических методов. Вызывает тревогу появление лиц с тяжелыми пылевыми поражениями легких при отсутствии данных о профессиональном стаже.

S. Lyepshina, M. Mindrul, D. Miroshnichenko, E. Iurovskaya, D. Litvin, E. Sadovnik, T. Jejeia

DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS OF DISSEMINATED PULMONARY DISEASES

Summary. Nowadays epidemiological situation of tuberculosis remains acute in many countries around the world. One indicator of unfavorable trends in TB is a growing share of disseminated tuberculosis. Differential diagnosis of the clinical form of tuberculosis has always been difficult. Differential diagnosis of pulmonary dissemination is not a universally accepted tactic. Diagnosis is based on data from clinical and radiological picture, professional route, duration of the disease, etc. In the obscure nature of dissemination, it is necessary to use a bioptic bronchoscopy examinations and diagnostic methods — biopsy, mediastinoscopy lymph nodes and lung tissue.

Research purpose: estimate the results of transthoracic biopsy in patients with disseminated lung lesions.

Materials and methods. Transthoracic lung biopsy performed 148 patients with disseminated lung lesions, which were examined in the Republican clinical tuberculosis hospital pulmonary surgical department during the period from 2013 to 2015 .. The diagnosis is made by a pathological study of biopsy material. Materials were processed by variation statistics.

Results and discussion. It was established that disseminated tuberculosis was diagnosed in 17 (11,5 ± 2,6 %) patients with pneumoconiosis — in 23 (15,5 ± 3,0 %) patients with carcinomatosis — in 28 (18,9 ± 3,2%), sarcoidosis — 47 (31,8 ± 3,8 %), acute interstitial pneumonitis — in 16 (10,8 ± 2,6 %), interstitial pneumonia — in 9 (6,1 ± 2,0 %), Hodgkin's disease — in 2 (1,4 ± 0,9 %), lymphoblastic lymphosarcoma — y 1 (0,7 ± 0,7%), Wegener's granulomatosis — y 1 (0,7 ± 0,7 %), sclerotic changes in light — in 2 (1,4 ± 0,9 %).

Conclusions. Thus, cases of disseminated tuberculosis among persons who were examined for the dissemination of unknown origin in the RCTH, even in the TB epidemic, made up 11.5 %.

Keywords: disseminated lung disease, transthoracic biopsy.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Control report. WHO report. – Geneva (Switzerland), 2012. – 273 p.
2. Пасечников А. Д. Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью / А. Д. Пасечников; под. ред. М. Л. Рич. – М. : Партнеры во имя здоровья, 2003. – 174 с.
3. Аналітично-статистичний довідник МОЗ України «Туберкульоз в Україні» / [за ред. Н. В. Буняк]. – Кіровоград, 2014. – 106 с.
4. Трудности дифференциальной диагностики диссеминированных процессов в легких / И. В. Сивокозов,

- Е. И. Шмелев, О. В. Ловачева // Медицинский вестник. – 2013. – № 11. – С. 58-61
5. Тюрин И. Е. Дифференциальная диагностика очаговых изменений в легких при тонкослойной компьютерной томографии / И. Е. Тюрин // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2009. – № 4. – С. 2-7.
 6. Клинические варианты течения саркоидоза / С. И. Кельманская, Д. Л. Шестопалов, Е. В. Тищенко [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2010. – Т. 11, № 1. – С. 33-35.
 7. Клиническое наблюдение лимфогранулематоза, имитирующего туберкулез легких / С. И. Кельманская, В. В. Мозговой, О. Н. Ступаченко [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2011. – Т. 12, № 1. – С. 140-142.
 8. Шмелев Е. И. Дифференциальная диагностика диссеминированных заболеваний легких неопухолевой природы / Е. И. Шмелев // Русский медицинский журнал. – 2011. – Т. 9, № 21. – С. 919–922.
 9. Принцип лучевой диагностики интерстициальных заболеваний легких / Л. И. Дмитриева, Е. И. Шмелев, И. Э. Степанян [и др.] // Пульмонология. – 1999. – № 4. – С. 11–17.
 10. Инвазивные методы диагностики в противотуберкулезном диспансере / С. И. Кельманская, С. М. Лепшина, Д. С. Мирошниченко [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины — 2010. – Т. 11, № 2. – С. 191-193.