

УДК 616-002.5-07

Панкратова Ю.Ю.<sup>1</sup>, Рудая Е.Г.<sup>2</sup>, Куликова О.Н.<sup>2</sup>, Савицкая А.О.<sup>1</sup>, Авхачева Е.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

<sup>2</sup>10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

## Диагностика туберкулеза в пульмонологическом отделении

### Введение

Несмотря на успехи современной медицины по диагностике и лечению многих заболеваний, остается актуальной проблема своевременного выявления туберкулеза органов дыхания. Сегодня, как и много лет назад, практически любое воспаление в дыхательных путях требует дифференциальной диагностики со специфическим процессом.

### Цель исследования

Изучить особенности диагностики туберкулеза легких в пульмонологическом отделении.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 23 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в отделении пульмонологии № 2 10-й городской клинической больницы и переведенных в «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» с предварительным диагнозом «туберкулез легких». Средний возраст пациентов составил  $50,4 \pm 17,7$  лет. Для дифференциальной диагностики с туберкулезом проводились бактериоскопическое исследование мокроты с окраской по Цилю-Нильсену для выявления кислотоустойчивых бактерий (КУБ), посев мокроты на микобактерии туберкулеза и ПЦР мокроты, промывных вод бронхов.

### Результаты и обсуждение

Преобладали мужчины (78%). Основная масса пациентов была трудоспособного возраста (78%), из них нигде не работали 9 (39%) человек.

Не предъявляли жалоб при поступлении 5 пациентов. Соответственно они же были направлены на дообследование в пульмонологический стационар после профилактического осмотра, выявившего изменения на флюорограмме и последующей рентгенограмме органов грудной клетки.

На кашель при поступлении жаловались 18 пациентов, только в одном случае наблюдалось кровохарканье. Мокрота была слизистой или слизисто-гнойной. Сухой кашель отмечали 4 человека.

Средняя температура тела составила  $37,2^\circ\text{C}$  (36,6; 39). При этом лихорадка более  $38^\circ\text{C}$  наблюдалась при двустороннем воспалительном процессе или появлении полости распада. Одышку отмечали 10 пациентов. У всех наблюдалось снижение толерантности к переносимой ранее физической нагрузке. Только 7 обследованных отмечали усиление потливости, 16 отмечали слабость, а 4 – похудание. Тахикардия выявлена у 8 пациентов, в среднем частота пульса составила 88 ударов в мин (65; 150). Все признаки выраженного интоксикационного синдрома наблюдались

только у 1 пациента с диссеминированным процессом в легких. Давность заболевания у 16 пациентов, предъявлявших жалобы со стороны дыхательных путей, составила от 7 дней до 3 лет. Еще двое обследованных затруднились указать сроки ухудшения самочувствия из-за запоя.

Воспалительные изменения со стороны общего анализа крови выявлены у 43% пациентов. Среднее значение лейкоцитов в общем анализе крови составило  $7,4 \times 10^9/\text{л}$  (5,9; 19,8). Также у 43% обследованных наблюдался палочкоядерный сдвиг. В 9% случаев обнаружена лимфоцитопения. Лимфоцитоз не наблюдался. У 18 пациентов отмечалось увеличение СОЭ, в среднем величина показателя составила 32 мм/ч (6; 61). В 8 случаях повышался уровень С-реактивного белка.

Рентгенологически определялась характерная для туберкулеза локализация воспалительного процесса. У 39% воспалительный процесс локализовался в верхней доле справа, у 17% – в верхней доле слева. Рентгенологически двусторонняя инфильтрация легочной ткани была выявлена в 13%, а диссеминированный процесс в легких – в 31% случаев. Для уточнения диагноза 17 пациентам выполнена КТ ОГК, выявившая дополнительно у 3 пациентов полости распада легочной ткани.

У 22% пациентов бактериоскопически были выявлены КУБ. Чаще КУБ обнаруживались в промывных водах бронхов. У половины обследованных (52%) оказался положительным Ginxpert. При этом в 50% случаев обнаружена устойчивость к рифампицину. Показанием к проведению ПЦР в большинстве случаев было отсутствие положительной рентгенологической динамики на фоне антибактериальной терапии. Исследование выполнялось по рекомендации врача-фтизиатра. У 26% пациентов специфический воспалительный процесс в легких был заподозрен рентгенологически.

#### **Заключение**

Таким образом, срок, в течение которого был заподозрен специфический процесс в легких и осуществлен перевод пациента в «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», в среднем, составил 14 дней (1; 35). Вероятно, более раннее выполнение ПЦР позволило бы сократить сроки пребывания указанных пациентов в пульмонологическом стационаре. Также, по нашему мнению, пациенты с характерной для специфического процесса рентгенологической картиной, не предъявляющие жалоб, должны быть обследованы амбулаторно с привлечением специалистов из противотуберкулезного диспансера.