

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ

Абдуллаева Ф.О.

Бухарский государственный медицинский институт

Аннотация. Анализ литературных данных свидетельствует о наличии сохраняющихся сложностей дифференциальной диагностики туберкулёза лёгких. Частота случаев расхождения первичного и установленного диагнозов при туберкулёзе лёгких, злокачественных новообразованиях лёгких, пневмонии и саркоидозе органов дыхания составляют от 16,7 % до 97,1 %.

Помимо факта установления точного диагноза при любом заболевании, немалую роль в прогнозе имеют и сроки его верификации.

Ключевые слова: туберкулёз, диагностика, ошибка дифференциальной диагностики

Во фтизиопульмонологии уделяется недостаточно внимания анализу длительности и качества диагностического периода на разных его этапах у больных с заболеваниями лёгких и гипердиагностики туберкулёза у пациентов с нетуберкулёзными заболеваниями.

Но, тем не менее, в последние годы в диагностике туберкулёза нашли применение новые молекулярно-генетические (GeneXpert MTB/RIF тест) и иммунологические (кожная проба Диаскинтест и клеточный тест in vitro QuantiFERON®TB Gold) методы [30; 34;]. Однако, эффективность комплекса вышеуказанных тестов при проведении дифференциальной диагностики туберкулёза лёгких, внебольничной пневмонии, злокачественных новообразований лёгких и саркоидоза органов дыхания изучена недостаточно.

Ранняя диагностика туберкулёза лёгких (ТБ) и заболеваний органов дыхания является важнейшей составляющей практической деятельности врачей многих специальностей, что обусловлено их распространённостью, социальной и экономической значимостью [33; 37].

Туберкулёз продолжает оставаться одной из наиболее существенных проблем здравоохранения, как во всем мире, так и в Российской Федерации [18; 22].

Несмотря на интенсивное развитие фтизиатрической помощи, разработку и внедрение новых методов диагностики и эффективных средств лечения, заболеваемость туберкулёзом остаётся на высоком уровне. В 2014 году, по оценкам ВОЗ, 9,0 млн. людей заболели ТБ и 1,5 млн. - умерли от этого заболевания [22].

На данный момент уровень заболеваемости в Российской Федерации остаётся на стабильно высоком уровне и составил в среднем 59,5 человек на 100 000 населения в 2014 г. И, хотя, в последние годы отмечается некоторая тенденция к снижению смертности от туберкулёза, этот показатель значительно превышает общемировой уровень и составляет 10,0 человек на 100 000 населения на 2014 год. В общей структуре смертности от инфекционных заболеваний в Российской Федерации туберкулёз занимает первое место [14].

В Сибирском федеральном округе (СФО) также остаётся неблагоприятной эпидемическая ситуация по туберкулёзу. Уровень заболеваемости впервые в жизни установленным диагнозом туберкулёза в 2014 г. по СФО составил -98,8 случаев на 100 000 населения (в 2013 г. - 104,8, 2012 г. - 109,3). По Новосибирской области (НСО) данный показатель в 2014 г - 106,3 случаев на 100 000 населения [16].

Смертность от туберкулёза населения НСО составила 20,4 на 100 000 населения, что превышает средне российский показатель в 2 раза (10,0 на 100 000) [16].

Поэтому своевременное выявление больных туберкулёзом органов дыхания является непременным условием надёжного контроля распространения среди населения туберкулёзной инфекции, успешного лечения больных и снижения смертности от него.

Сходная клинико-рентгенологическая картина заболеваний лёгких специфической и неспецифической природы, патоморфоз туберкулёза и неспецифических заболеваний лёгких, ограниченные возможности применения инвазивных методов обследования пациентов в амбулаторных условиях приводят к диагностическим ошибкам и создают предпосылки как для гипер-, так и для гиподиагностики туберкулёза [10; 11; 13].

Многие авторы отмечают, что несвоевременное выявление, как туберкулёза, так и синдрома-сходных с ним заболеваний лёгких, может быть обусловлено, как поздним обращением больного за медицинской помощью, так и недостатками в организации медицинской помощи врачебными ошибками в процессе верификации диагноза [19].

Ошибки при дифференциальной диагностике заболеваний органов дыхания встречаются достаточно часто. Среди выявляемой конкурирующей лёгочной патологии высокий процент составляют инфильтративный, диссеминированный туберкулёз лёгких, онкозаболевания, саркоидоз органов дыхания и внебольничные пневмонии. Частота случаев расхождения диагноза при данных заболеваниях лёгких составляет от 16,7 % до 97,1 %, а период диагностики у больных с инфильтративными процессами в лёгких в 20 % случаев длится 2-3 недели, а в 80 % - более 1-3 месяца [32; 36].

Установление этапа диагностических проблем и выявление их причин необычайно важны для разработки программ борьбы с туберкулёзом и улучшения стратегии контроля над этой инфекцией. Кроме того, увеличение периода диагностических мероприятий при ТБ имеет огромное значение в плане финансовых последствий для пациентов, их родственников и системы здравоохранения в целом [33].

Нетипичные клинико-рентгенологические проявления заболевания в ряде случаев, клинико-рентгенологической картины, отсутствие микобактерий туберкулёза в мокроте, нормергические и даже отрицательные туберкулиновые пробы приводят к затруднениям при диагностике туберкулёза [10; 12]. По этим

данным достаточно сложно вести отличительную диагностику в пределах заболеваний: рак, туберкулёз, пневмония, саркоидоз [24; 16; 18].

Такие проявления туберкулёза лёгких, как кашель, кровохарканье, одышка, снижение массы тела, повышение температуры тела, общая слабость, повышенная потливость, боль в грудной клетке, неспецифичны и характерны для других заболеваний бронхо-лёгочной системы - ХОБЛ, бронхиальной астмы, интерстициальных заболеваний лёгких, пневмонии, онкопатологии лёгких и пр. и могут быть обусловлены и внелёгочной патологией [4; 5].

Сопутствующие заболевания, патогенетически тесно связанные с туберкулёзом (ВИЧ-инфекция, алкоголизм, ХОБЛ, сахарный диабет, онкологическая патология, наркомания и др.), с одной стороны, являются факторами риска развития туберкулёза, а с другой - маскируют его проявления и затрудняют диагностику [7, 8].

В структуре заболеваемости туберкулёзом органов дыхания основной формой на протяжении многих лет является инфильтративный туберкулёз лёгких и встречается у 70-80 % больных [26; 36].

Проявления инфильтративного туберкулёза лёгких могут быть сходны с клиническими и/или рентгенологическими признаками пневмонии [4; 11].

Полиморфизм клинико-рентгенологических проявлений, недостаточная клиническая насторожённость и низкая эффективность традиционных методов исследования составляют основные трудности в диагностике диссеминированной формы туберкулёза лёгких [8].

Проводя анализ ошибок при диагностике диссеминированного туберкулёза лёгких И. Ю. Бабаева (2001) показала, что в 50,7 % случаев больным туберкулёзом был поставлен клинический диагноз внебольничной пневмонии. В случаях преимущественной лимфогенной диссеминации диагностировались экстрапульмональные заболевания (21,1 %), пневмония (30,9 %), саркоидоз (19,7 %) и рак (12,6 %). При диссеминированном туберкулёзе с бронхолобулярной казеозной пневмонией в основном был установлен диагноз неспецифического

воспаления лёгких (68,9 %). В своём исследовании автор указывает на позднюю диагностику туберкулёза в 84,7 % случаев. Неоднократно обращались к врачам различных специальностей или были госпитализированы в общесоматические стационары 63,5 % больных, а 19,5 % - консультированы фтизиатрами [8].

На сохраняющиеся трудности дифференциальной диагностики диссеминированного туберкулёза лёгких указывает О. В. Демихова и соавт.(2012), и рекомендует проведение ФБС с биопсией. Срок лечения по поводу туберкулёза у пациентов с неспецифическими заболеваниями, по данным автора, составлял от 2 недель до 5 лет [23].

Нередко проявления туберкулёза лёгких не всегда укладываются в классические формы течения данного заболевания и способствуют задержке верификации диагноза [23; 34]. Таким образом, важно, чтобы врачи знали о редких проявлениях туберкулёза, чтобы избежать диагностических ошибок [22].

По данным литературных источников, средняя продолжительность диагностического периода туберкулёза лёгких составляет 2-4 месяца и более, и в указанные сроки пациентов лечат от другого предполагаемого заболевания [3; 4].

Исследование, проведённое О. В. Демиховой (2007), показало значительный процент (16,7 % - 33,4 %) несовпадений предварительных и заключительных диагнозов при диагностике туберкулёза лёгких, пневмонии, саркоидоза и рака лёгкого. В данной работе автор указывает, что среди причин ошибочных диагнозов на догоспитальном этапе наиболее часто встречались неполный и неквалифицированный сбор анамнеза, недостаточный объём исследований (однократное исследование мокроты на МБТ было проведено только у 46,3 %, трёхкратное - отсутствовало), неверная трактовка клинико-рентгенологической картины заболевания [12].

По данным С. Ю. Посаженниковой (2016) частота расхождения первичного и установленного диагнозов при инфильтративном туберкулёзе лёгких зарегистрирована в 41,7 % случаев, при внебольничной пневмонии - 63,4 %; при

онкологическом заболевании лёгких, экзогенном аллергическом альвеолите и саркоидозе органов дыхания частота расхождения диагнозов- 97,1 %, 96,0 % и 71,4 % соответственно [16].

Несвоевременная диагностика лёгочного ТВ была изучена в странах с высоким и низким уровнями дохода. Длительность диагностического периода у больных туберкулёзом лёгких колеблется в пределах от 8 до 26 недель по данным зарубежных исследователей [19; 20; 21; 29].

Наряду с тем, что во фтизиопульмонологии существуют стандарты дифференциальной диагностики туберкулёза лёгких, однако, значительную помощь могут оказать компьютерные дифференциально-диагностические программы, основанные на статистическом анализе социально-демографических, анамнестических, клинических, лабораторных и рентгенологических предикторов туберкулёза, внебольничной пневмонии, злокачественных новообразований лёгких и саркоидоза органов дыхания.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы улучшения дифференциальной диагностики туберкулёза лёгких с учётом факторов, сопряжённых со сроками верификации диагноза и внедрения современных высокоинформативных диагностических технологий, что определило цель и задачи данного исследования.

Литература:

1. Aktogu S. Clinical spectrum of pulmonary and pleural tuberculosis: a report of 5,480 cases / S. Aktogu, A. Yorgancioglu, K. Cirak // Eur. Respir. J. - 1996. 9(10). P. 2031-2035
2. Amicosante M., Houde M., Guaraldi G., Saltini C. // International Journal Tuberculosis Lung Diseases, 1999, Vol. 6, №6, P. 736-740
3. Amiri M. Evaluation of the combined use of polymerase chain reaction and adeno-sine deaminase activity on the diagnosis of pleural tuberculosis / M. Amiri, S. Mansouri, S. Mirsaeidi // Europ. Resp. J. 2005. Suppl. 40, Vol. 26. P. 2657

4. Andriasyan N. A., Hairapetian, H. L., Sargisova, Y. G. et al. Activity of adenosine deaminase and its isoforms in pleural fluid in tuberculous pleuritis // Med. Sci. Monit. 2002. Vol. 8, N 10. P. CR708 – CR712;
5. Andreu J. Radiological manifestations of pulmonary tuberculosis / J. Andreu, J. Caceres, E. Pallisa, M. Martinez-Rodriguez//Eur. J. Radiol. -2004. - 51(2). -P. 139-149
6. Arif R., Misbahul, I., Abrar, A. et al. Serum adenosine deaminase (ADA) level in the cases of tuberculous pleural effusion // Pakistan. J. Med. Res. 2002. Vol. 41, N 3, P. 110 – 116
7. Burgess L. Use of adenosine deaminase as a diagnostic tool for tuberculous pleurisy /L. Burgess,F. Maritz, I. LeRoux, et al. //Thorax.- 1995. - Vol. 50.-P. 672-674
8. Chen M. L., Yu, W. C., Lam, C. W. et al. Diagnostic value of pleural fluid adenosine deaminase activity in tuberculous pleurisy // Clin. Chem. Acta. 2004. Vol. 341. P. 101 – 107
9. Chittiprol S. Plasma adenosine deaminase activity among HIVI Clade C seropositives: relation to CD4 T cell population and antiretroviral therapy / S. Chittiprol, P. Satishchandra, R.S. Bhimasenaraoet. al. // Clin. Chim. Acta. - 2007. - Vol. 377. - №1-2. - P. 133-137
10. Global Tuberculosis Report 2013, WHO, Geneva, Switzerland
11. GorgunerM., Cerci, M., Gorguner, I. Determination of adenosine deaminase activity and its isoenzymes for diagnosis of pleural effusions // Respiriology. 2000. Vol. 5. P. 321 – 324
12. Hagmar L. Impact of lymphocyte chromosomal aderrations on human cancer risk: results from Nordic and Italian cohorts / L. Hagmar, U. Stromberg, S. Bonassi // Cancer Res. - 2004. - Vol. 64. - P. 2258-2263
13. Hiraki A., Aoe, K., Eda, R. et al. Comparison of six biological markers for the diagnosis of tuberculous pleuritis // Chest. 2004. Vol. 125. P. 987 – 989

14. Perez-Rodriguez E., Castro, D.J. The use of adenosine deaminase and adenosine deaminase isoenzymes in the diagnosis of tuberculous pleuritis // Current Opinion in Pulm. Med. 2000. Vol. 6. P. 259 – 266
15. Hiraki A., Aoe, K., Eda, R. et al. Comparison of six biological markers for the diagnosis of tuberculosis pleuritis // Chest. 2004. Vol. 125. P. 987 – 989
16. Hsu W.H., Chiang, CD, Chen, WT. et al. Diagnostic value of adenosine deaminase and gamma-interferon in tuberculous and malignant pleural effusions // Formosan Medical Association. 1989. Vol. 88(9). P. 879 – 82
17. Inase N. Adenosine deaminase-2 in the diagnosis of tuberculous pleuritis / N. Inase, S. Tominaga, M. Yasui, Y. Tsukada, M. Oukouchi, H. Miura // Kekkaku. - 2005. - 80(12).-P. 31-34
18. Таганович А.Д., Саид М. Алинежад «Диагностические характеристики аденозиндезаминазного теста у больных туберкулезным плевритом – жителей Белорусии», Проблема туберкулеза и болезни легких, 2008, №8, С. 38-41
19. Малиев Б.М. Роль патологии трахеобронхиального дерева в эффективности лечения туберкулеза легких / Б.М. Малиев, М.П. Грачева, ДЛ. Беляев, А.С. Габараев // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007. №8. С. 19-25
20. Luis, V., David, A., Esther, S. J. et al. Tuberculous Pleurisy // Arch Intern Med. 1998. Vol. 158. P. 2017 – 2021
21. Hsu W.H., Chiang, CD, Chen, WT. et al. Diagnostic value of adenosine deaminase and gamma-interferon in tuberculous and malignant pleural effusions // Formosan Medical Association. 1989. Vol. 88(9). P. 879 – 82
22. Парпиева Н.Н., Мухтаров Д.З., Белоцерковец В.Г. и др. Функция легких и сердечно-сосудистой системы у больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких // Вестник ассоциации пульмонологов Центральной Азии, 2007, №10, С. 70-74
23. Giusti G., Galanti, B. // Methods of enzymatic analysis. 1984. Vol. 4. P. 315 – 323

24. Global Tuberculosis Report 2013, WHO, Geneva, Switzerland
25. Akhtamovna K. N. Fibrotic Complications in the Lungs in Patients Who Have Had COVID-19 Pathogenesis of COVID-19 //European Journal of Life Safety and Stability (2660-9630). – 2021. – Т. 9. – С. 14-24.
26. Abdullayevna R. S. CLINICAL AND RADIOLOGICAL FEATURES OF NEWLY DETECTED PULMONARY TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH CONCOMITANT DISEASES //Intent Research Scientific Journal. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 45-56.
27. Abdullaevna, R. S., & Rakhmanovich, M. B. (2023). Immunological Features of Pulmonary Tuberculosis in Patients with Drug Resistance. Scholastic: Journal of Natural and Medical Education, 2(4), 40-57.
28. Муаззамов Б. Р., Муаззамов Б. Б., Медведева Н. В. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРЕДМЕТА " ФТИЗИАТРИЯ" НА ПРИМЕРЕ ТЕМЫ" ДЕСТРУКТИВНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ" //Новый день в медицине. –2019. –№. 3. – С. 45-50.
29. Рустамова С. А. и др. Изучение причин и факторов, способствующих развитию рецидивов туберкулеза органов дыхания //Медицинский альянс. – 2015. –№. 1. –С. 115-115.
30. Рустамова С. А. и др. Спектр лекарственной устойчивости и эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких //Медицинский альянс. –2015. –№. 1.–С. 116-116.
31. Мухамедов К., Джурабаева М., Рустамова С. Частота встречаемости вирусных гепатитов среди впервые выявленных больных туберкулезом легких //Журнал проблемы биологии и медицины. –2014. –№. 3 (79). –С. 132-133.