

Сложный случай диагностики генерализованного туберкулеза, длительно имитировавшего саркоидоз

В.В. Данцев¹, Б.В. Зарецкий¹, Р.Д. Мучаидзе¹, М.Г. Спицын¹,
И.С. Фигурин², О.В. Фоминых¹

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский медико-социальный институт

A complex case of diagnostics of generalized tuberculosis, long-term imitation of sarcoidosis

V. Dantsev¹, B. Zaretsky¹, R. Muchaidze¹, M. Spitsyn¹,
I. Figurin², O. Fominykh¹

¹Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg

²St. Petersburg Medical and Social Institute

© Коллектив авторов, 2022 г.

Резюме

Цель исследования: анализ сложного клинического случая и демонстрация наиболее рациональных методов исследования при проведении дифференциальной диагностики туберкулеза и саркоидоза.

Материалы и методы исследования. В статье представлен разбор сложного клинического случая генерализованного туберкулеза, который длительное время не удавалось верифицировать из-за отсутствия бактериовыделения и схожести клинических и рентгенологических проявлений с саркоидозом органов дыхания. **Результаты.** Заболевание у пациента развилось и протекало бессимптомно, было выявлено при профилактической флюорографии органов грудной полости. В дальнейшем молодой человек в течение примерно 18 мес периодически обследовался в различных медицинских организациях, туберкулез не диагностировался, заболевание протекало под «маской» саркоидоза. Такая ситуация привела к генерализации специфической инфекции. При этом даже после начала последовательного специализированного обследования с помощью современных методов диагностики понадобилось почти 4 мес для того, чтобы пройти путь от диагнозов «лакунарная ангина», «внебольничная пневмония», «саркоидоз органов дыхания 2-й стадии в сочетании с литической деструкцией 7-го грудно-

го позвонка», «лимфопролиферативное заболевание неясной этиологии», состояния «дифференциальной диагностики между саркоидозом, туберкулезом, лимфопролиферативным заболеванием» до диагноза «генерализованный туберкулез», подтвержденного гистологически. **Заключение.** В выявлении заболевания решающую роль сыграли методы биопсии с последующей гистологической верификацией диагноза. С учетом вышеизложенного всех пациентов с подозрением на саркоидоз, поступающих в медицинские организации, целесообразно вне зависимости от стадии процесса и результатов предшествующего обследования консультировать фтизиатром, выполняя перед этим диагностический минимум для исключения активного туберкулеза.

Ключевые слова: саркоидоз, туберкулез, верификация, генерализация, гранулематозное воспаление, дифференциальная диагностика, микобактерии туберкулеза, патоморфологические исследования

Summary

The aim of the study. To analyze a clinical case and demonstrate the most rational research methods for the differential diagnosis of tuberculosis and sarcoidosis. **Materials and methods of research.** The article presents

an analysis of a complex clinical case of generalized tuberculosis, which for a long time could not be verified due to the lack of bacterial excretion and the similarity of clinical and radiological manifestations with those of respiratory sarcoidosis. **Results.** The patient's disease developed and proceeded asymptotically, it was revealed during preventive fluorography of the UCP. Later, the young man was periodically examined in various medical institutions for about 18 months, tuberculosis was not diagnosed, the disease proceeded under the "mask" of sarcoidosis. This situation led to the generalization of a specific infection. At the same time, even after the start of a permanent specialized examination using modern diagnostic methods, it took almost 4 months starting from the diagnoses of "lacunar angina", "community-acquired pneumonia", "sarcoidosis of the respiratory organs stage 2 in combination with lytic destruction of the 7th thoracic vertebra",

"lymphoproliferative disease of unclear etiology", the state of "differential diagnosis between sarcoidosis, tuberculosis, lymphoproliferative disease" before the diagnosis of "generalized tuberculosis" was confirmed histologically. **Conclusion.** Biopsy methods with subsequent histological verification of the diagnosis played a decisive role in the detection of the disease. Considering the above, it is advisable for all patients with suspected sarcoidosis who are admitted to medical institutions, regardless of the stage of the process and the results of the previous examination, to consult a phthisiologist, to perform diagnosis minimum before this to exclude active tuberculosis.

Key words: sarcoidosis, tuberculosis, verification, generalization, granulomatous inflammation, differential diagnosis, mycobacterium tuberculosis, pathomorphological studies

Введение

В последнее время нередко случаи несвоевременного, в том числе посмертного, выявления туберкулеза. Такие случаи по понятным причинам неблагоприятно сказываются как на самом пациенте, так и на окружающих лицах. Несвоевременное выявление заболевания обусловлено целым рядом причин: бессимптомным или интипичным клиническим течением, отсутствием патогномичных рентгенологических, лабораторных, иммунологических признаков, необнаружением микобактерий туберкулеза (МБТ) в исследуемых материалах. В силу указанных причин эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России в настоящее время остается неустойчивой. Своевременное выявление туберкулеза затруднено также при дифференциальной диагностике с рядом схожих по характеристикам заболеваний. Особенно актуален этот вопрос при выявлении клинических, рентгенологических и даже патоморфологических (в виде гранулематозного воспаления) признаков, характерных для туберкулеза и саркоидоза. Схожесть морфологических изменений в виде гранулематозного воспаления при туберкулезе и саркоидозе в свое время заставила предполагать возможность общей этиологии этих заболеваний. Представленный клинический случай генерализованного туберкулеза, протекавшего под «маской» саркоидоза, является прекрасным примером, подтверждающим слова Роберта Хегглина: «При любом заболевании легких врач не должен исключать туберкулез, пока не будет установлен правильный диагноз».

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты исследования в динамике клинического случая генерализованного

туберкулеза, который длительное время не удавалось верифицировать из-за отсутствия бактериовыделения и схожести клинических и рентгенологических проявлений с саркоидозом органов дыхания.

Результаты

У молодого человека Ф., 1997 года рождения, увеличение внутригрудных лимфатических узлов было впервые выявлено в июле 2015 г. при проведении профилактической флюорографии органов грудной полости (ОГП). Тогда же при обследовании в противотуберкулезном диспансере по месту жительства: реакция на пробу Манту с 2 ТЕ — папула 15 мм, исследование промывных вод бронхов на МБТ — результат отрицательный. При компьютерной томографии (КТ) ОГП от 10.07.2015 выявлена симметричная двусторонняя лимфаденопатия с интерстициальной легочной реакцией, что расценено как саркоидоз органов дыхания 2-й стадии. С 27.08.2015 по 08.09.2015 пациент находился на стационарном обследовании в городской многопрофильной больнице г. Санкт-Петербурга.

При поступлении жалоб не предъявлял. Обще-клинические исследования крови и мочи — без патологических изменений. Уровень активности ангиотензинпревращающего фермента сыворотки крови — 68 ЕД. По результатам фибробронхоскопии от 31.08.2015: диффузный двусторонний умеренно выраженный катаральный эндобронхит, умеренная фиброзная деформация просвета правого верхнедолевого бронха. Выполнена чрезбронхиальная биопсия легкого, получены шесть биоптатов из S_{4,5,8,10} правого легкого. Гистологическое заключение: умеренная лимфоплазмозитарная инфильтрация и склероз, элементы респираторного эпителия без признаков атипии.

Исследование промывных вод бронхов на ДНК МБТ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) — результат отрицательный. Консультация фтизиатра 07.09.2015: клинико-рентгенологическая картина соответствует саркоидозу внутригрудных лимфатических узлов. С учетом отрицательных результатов исследования мокроты и промывных вод бронхов на МБТ данных, подтверждающих туберкулез органов дыхания, нет. Выписан с диагнозом: саркоидоз органов дыхания 2-й стадии. Рекомендовано наблюдение у пульмонолога, явка на контрольное рентгенологическое обследование и осмотр через 3 мес.

Рекомендации больным не выполнены. В июне 2016 г. был призван на военную службу. При обследовании в военном комиссариате 15.06.2016 жалоб не предъявлял, факт заболевания и установленного диагноза саркоидоз 2-й стадии скрыл, представив чужую флюорограмму ОГП.

Находясь в воинской части, 17.08.2016 обратился за медицинской помощью к врачу медицинского пункта с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 38,6° С, головную боль, першение и боли в горле. С диагнозом «лакунарная ангина» в тот же день госпитализирован в госпиталь.

Данные объективного обследования при поступлении: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожный покров обычной окраски, без высыпаний. Зев ярко гиперемирован, увеличение небных миндалин 1-й степени, в лакунах — гнойный секрет. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5 см, болезненны. Пульс ритмичный, 90 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, АД — 100 и 60 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов — без патологии. При рентгенологическом исследовании ОГП 18.08.2016: определяется инфильтрация легочной ткани в S₃ правого легкого, правый корень расширен в верхнем отделе.

В клиническом анализе крови: лейкоцитоз — 12,7×10⁹/л, СОЭ — 18 мм/ч. При других исследованиях — без патологии. Установлен диагноз: внебольничная правосторонняя верхнедолевая пневмония. Назначена антибактериальная терапия и патогенетическая терапия. На фоне лечения отмечались улучшение самочувствия, нормализация температуры тела, однако сохранялись изменения в клиническом анализе крови (таблица).

Показатели клинического анализа крови в динамике

Дата	Содержание лейкоцитов, лейкоцитарная формула, %					СОЭ, мм/ч
	лейкоциты	нейтрофилы	эозинофилы	моноциты	лимфоциты	
18.08.2016	12,7	63	–	2	35	18
23.08.2016	6,0	76	2	4	18	45



Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной полости от 06.09.2016

По окончании курса антибактериальной терапии 06.09.2016 выполнена контрольная рентгенография ОГП: сохраняется расширение тени средостения в верхнем отделе справа с четким неровным контуром до уровня переднего отрезка II ребра (рис. 1).

Для уточнения диагноза рекомендована КТ ОГП (рис. 2).

Заключение КТ ОГП от 08.09.2016: определяются лимфаденопатия внутригрудных лимфатических узлов паратрахеальной группы, литическая деструкция 7-го грудного позвонка (Th₇). С учетом анамнеза и результатов дополнительного обследования установлен диагноз: саркоидоз 2-й стадии. Литическая деструкция 7-го грудного позвонка.

В связи с выявленным поражением грудного позвонка обследован в отделении травматологии и ортопедии многопрофильной военно-медицинской организации с 23.09.2016. Для уточнения характера изменений позвоночника 25.09.2016 выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) грудного отдела позвоночника с контрастированием (рис. 3).

Заключение: магнитно-резонансная картина новообразования тел позвонков Th₆ и Th₇, внутригрудная лимфаденопатия. Выявленные изменения могут быть обусловлены саркоидозом с поражением тел позвонков Th₆ и Th₇, однако нельзя исключить лимфопрولیферативный процесс.

Таблица

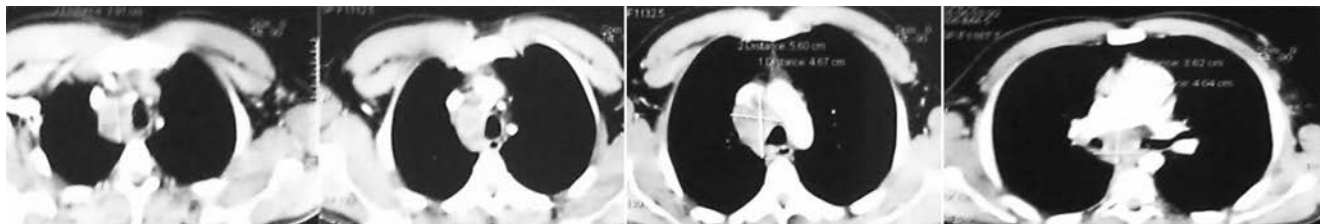


Рис. 2. КТ органов грудной полости от 08.09.2016



Рис. 3. МРТ грудного отдела позвоночника с контрастированием от 25.09.2016

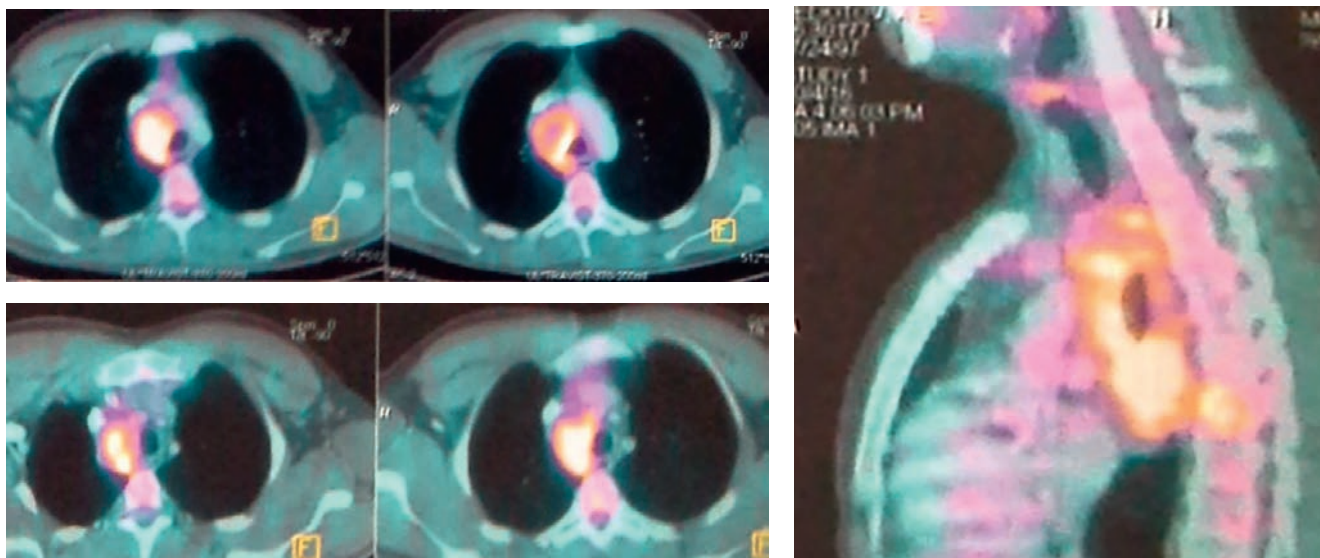


Рис. 4. ПЭТ/КТ органов грудной полости и позвоночника от 04.10.2016

04.10.2016 выполнена совмещенная позитронно-эмиссионная и компьютерная томография (ПЭТ/КТ) ОГП и позвоночника (рис. 4).

Выявлено повышение метаболизма радиофармпрепарата (РФП) в глоточном лимфоидном кольце Пирогова–Вальдейера (SUV=8,4). В легочной паренхиме очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Лимфатические узлы паратрахеальной, бифуркационной групп увеличены, визуализируются как единый конгломерат общими размерами 13,4×5,6×4,6 см, в них отмечено неравномерное повышение уровня метаболизма РФП (SUV=4,8–6,2–9,6) за счет участков некротических изменений. Слева визуализируется единичный лимфатический узел бронхопульмональной группы до 11 мм в диаметре, где отмечен повышенный уровень метаболизма РФП

(SUV=4,1). Ход и проходимость трахеи, главных и долевых бронхов не нарушены. Жидкости в плевральных полостях нет. В правых отделах тела позвонка Th₇ структура костной ткани пониженной плотности за счет участка деструкции размером 24×15 мм, где отмечена гиперфиксация РФП (SUV=4,5) за счет некроза. Заключение: ПЭТ/КТ-картина лимфаденопатии паратрахеальной, бифуркационной групп, бронхопульмональной группы слева, лимфоидного кольца Пирогова–Вальдейера, деструкции тела позвонка Th₇ с метаболической активностью. Данные изменения наиболее характерны для лимфопролиферативного заболевания.

Консультация фтизиоостеологом 06.10.2016, заключение: больше данных, свидетельствующих о лимфопролиферативном заболевании; данных, подтвер-

ждающих туберкулезную этиологию поражения позвоночника, нет.

Консультация фтизиатром 06.10.2016, заключение: этиология изменений внутригрудных лимфатических узлов и позвоночника окончательно не ясна. Необходимо проводить дифференциальную диагностику между саркоидозом, туберкулезом и лимфопролиферативным заболеванием. Рекомендовано: проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, гистологическая верификация этиологии поражения обеих локализаций.

Реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным от 07.10.2016 — папула 14 мм. С учетом характера выявленных изменений и для определения тактики дальнейшего обследования больной представлен в врачебный консилиум с участием травматолога, торакального хирурга, фтизиатра, гематолога, пульмонолога.

По решению консилиума пациент для выполнения видеоторакоскопии с биопсией внутригрудных лимфатических узлов переведен в отделение торакальной хирургии с диагнозом: неуточненное лимфопролиферативное заболевание ОГП, деструкция тела Th₇ позвонка неясной этиологии.

В отделении торакальной хирургии 14.10.2016 выполнены диагностическая видеоторакоскопия, биопсия лимфатических узлов средостения.

По результатам гистологического исследования: материал представлен фрагментами лимфатического узла с ограниченными очагами воспаления в виде эпителиоидно-клеточных гранулем с казеозным некрозом в центре, единичными гигантскими многоядерными клетками Пирогова–Лангханса. При окраске по Цилю–Нельсену МБТ не обнаружены. Заключение: гистологическая картина гранулематозного воспаления, характерного для туберкулеза.

С учетом полученных результатов пациенту установлен окончательный диагноз: генерализованный туберкулез. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации, подтвержденный гистологически. Туберкулез тела Th₇ позвонка. МБТ (–).

Для продолжения обследования и лечения больной направлен в специализированный стационар, где начат основной курс противотуберкулезной химиотерапии. Выполнена биопсия тела грудного позвонка Th₇, при гистологическом исследовании биопсийного материала подтверждена туберкулезная этиология спондилита.

Обсуждение результатов

Трудности своевременного выявления туберкулезной этиологии при увеличении внутригрудных лимфатических узлов не представляются новостью. Отдельной давней проблемой является дифферен-

циальная диагностика туберкулеза и саркоидоза, в том числе из-за чрезвычайной схожести патоморфологической картины. Представленный клинический случай демонстрирует проблему, которая привела к тому, что туберкулез был выявлен на этапе генерализации процесса. В связи с этим обращают на себя внимание следующие факты.

В июне 2015 г. после выявления бронхоаденита не выполнено исследование мокроты (промывных вод бронхов) на ДНК МБТ методом ПЦР в специализированной противотуберкулезной организации.

В многопрофильном стационаре в августе 2015 г. выполнено гистологическое исследование легочной ткани, которое оказалось неинформативным. Биопсия внутригрудных лимфатических узлов не выполнена.

При прохождении медицинской комиссии в военном комиссариате в июне 2016 г. допущены дефекты оценки медицинской документации и результатов обследований из обязательного перечня (представлена подложная флюорограмма ОГП).

После ухудшения самочувствия в течение 4 мес при обследовании в различных медицинских организациях, несмотря на выполнение КТ, МРТ ОГП, ПЭТ/КТ, консультации специалистов различного профиля, единого мнения достигнуто не было. Окончательный диагноз установлен только в октябре–ноябре 2016 г. после гистологических исследований биоптатов внутригрудных лимфоузлов и тела 7-го грудного позвонка, при которых были выявлены патоморфологические признаки генерализованного туберкулеза.

Заключение

Представленный анализ клинического случая длительной верификации генерализованного туберкулеза должен оказаться полезным для выявления туберкулезной этиологии бронхоаденита на ранних этапах развития процесса без внелегочных поражений.

1. Для уменьшения количества диагностических ошибок установление диагноза «саркоидоз» должно обязательно сопровождаться гистологической верификацией.

2. Всех пациентов с подозрением на саркоидоз, впервые поступающих в медицинские организации, вне зависимости от стадии процесса и результатов предшествующего обследования, необходимо направлять на консультацию фтизиатра, выполняя перед этим диагностический минимум для исключения активного туберкулеза.

3. При курации больных с диагнозом «саркоидоз», в том числе установленным по результатам гистологического исследования, необходимо сохранять «фтизиатрическую настороженность», особенно при назначении системных глюкокортикостероидов.

Поступила в редакцию 01.11.2022 г.

Сведения об авторах:

Данцев Владимир Викторович — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой фтизиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID 0000-0002-9621-5393;

Зарецкий Борис Викторович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры фтизиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID 0000-0002-4002-1899;

Мучаидзе Рубен Девильевич — преподаватель кафедры фтизиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID 0000-0002-1975-2136;

Спицын Михаил Геннадьевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры фтизиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID 0000-0001-6722-359X;

Фигурин Игорь Стефанович — кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой организации здравоохранения и профилактической медицины Медико-социального института; 195271, Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 72, лит. А; ORCID 0000-0001-8107-2062;

Фоминых Ольга Владимировна — клинический ординатор при кафедре терапии усовершенствования врачей № 1 Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID 0000-0002-9256-6997.



ТЫ МОЖЕШЬ!

1 СТАТЬ УМНЕЕ

У некурящих людей лучше работает мозг, развиты память и логическое мышление.

2 ОБРЕСТИ СВОБОДУ

Никотиновая зависимость – это добровольное рабство, которое забирает здоровье, деньги и будущее.

3 БЫТЬ ЗДОРОВЫМ И ИМЕТЬ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ



БЕСПЛАТНАЯ ПОМОЩЬ
в отказе от курения
8 800 200 0 200

УЗНАЙ БОЛЬШЕ
КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ
www.takzdorovo.ru