



Сложности диагностики туберкулеза

Дифференциальная диагностика — это распознавание заболевания, имеющегося у больного, несмотря на сходство его клинических проявлений с симптомами других заболеваний.

В настоящее время многие заболевания, в том числе туберкулез легких, имеют сходные клинические проявления и рентгенологические изменения в легких. В связи с этим возникает необходимость в расширении арсенала диагностических методов, для того чтобы получить более полную информацию о больном и имеющемся у него заболевании. Если в процессе обследования больного с помощью методов, входящих в обязательный диагностический минимум (ОДМ), удастся выявить достоверные специфические признаки определенного заболевания, то часто нет необходимости в проведении дифференциальной диагностики, так как диагноз ясен.

■ В таких случаях диагноз устанавливают быстро, иногда до того, как осмысливают всю имеющуюся информацию о больном, так как в результате ознакомления с историей болезни и ее проявлениями у врача формируется представление об этом заболевании по сходству его симптомов с клинической картиной хорошо известного заболевания. Сохранение в памяти врача клинических проявлений различных заболеваний обеспечивается постоянной тренировкой в процессе клинической практики, т. е. при наблюдении за больными и фиксации в памяти врача «моделей» различных заболеваний и поддерживается благодаря постоянному чтению медицинской литературы, в которой отражены коллективная память врачей и опыт лечения.

■ Иногда говорят и пишут о врачебной интуиции при «быстрой» («с первого взгляда») диагностике; врачебная интуиция — это способность благодаря опыту и ранее приобретенным знаниям распознать имеющееся у больного заболевание по сходству с фиксированной в памяти моделью.

- Этот процесс напоминает узнавание хорошо известных людей, предметов, местности еще до того, как осмысливаются все «детали» хорошо знакомого человека или предмета, например цвет глаз, волос, одежда.
- Далеко не всегда удастся быстро установить диагноз на основании признаков, полученных с помощью методов, входящих в ОДМ, если не выявлены специфические признаки какого-то определенного заболевания. В таких случаях необходима дифференциальная диагностика, которую проводят в следующей последовательности.

-
- 1. Оценка обнаруженных признаков заболевания и выделение наиболее важной информации о больном с точки зрения ее достоверности, информативности и специфичности.
 - 2. Выделение симптомокомплекса, состоящего из достоверных, информативных и, по возможности, специфических признаков.
 - Симптомокомплекс может быть расширенным, если включает большое количество признаков (чаще наблюдается при недостаточной специфичности признаков), и суженным при наличии количества признаков, из которых один или несколько высокоспецифичны для определенного заболевания.
-

■ 3. Составление перечня заболеваний, имеющих сходные симптомы, с которыми необходимо дифференцировать имеющееся у больного заболевание, и построение «модели» альтернативных, т. е. взаимоисключающих, симптомокомплексов,

■ 4. Сопоставление симптомокомплекса, выявленного у больного, с альтернативными симптомокомплексами путем сравнения имеющихся и отсутствующих признаков, входящих в симптомокомплексы. При этом решающее значение имеют признаки, наиболее специфичные для определенного заболевания: наличие одного или нескольких таких признаков в симптомокомплексе, характерном для того или иного заболевания, позволяет установить диагноз.

- В последние годы в противотуберкулезные учреждения направляют не только больных, у которых выявлены четкие признаки туберкулеза;
- но и с заболеваниями легких, характеризующимися разнообразными клиническими проявлениями и рентгенологическими изменениями в легких и внутригрудных лимфатических узлах.
- Это обусловлено в первую очередь увеличением потока лиц, нуждающихся в дообследовании, выявленных при профилактической флюорографии. Кроме того, из-за сходства клинических и рентгенологических проявлений туберкулеза и других заболеваний органов дыхания потребовалось проведение у таких больных целенаправленной диагностики с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования.

■ *Результаты анализа клинических проявлений различных форм туберкулеза органов дыхания свидетельствуют о том, что имеющиеся достоверные и информативные симптомы, обусловленные как общей интоксикацией, так и легочным процессом, **нельзя расценивать как строго специфичные, характерны только для туберкулеза.** В равной мере это относится и к изменениям, обнаруженным при физическом и рентгенологическом исследованиях.*

■ ***Именно поэтому дифференциальную диагностику туберкулеза и других заболеваний органов дыхания проводят не путем сравнения отдельных симптомов (признаков), а на основе сопоставления альтернативных симптомокомплексов.***

■ Выявленные у больных рентгенологические изменения можно разделить на несколько групп:

■ 1) немногочисленные очаговые изменения различной плотности;

■ 2) долевые, сегментарные и субсегментарные затемнения;

■ 3) округлые и шаровидные тени;

■ 4) кольцевидные, полостные изменения;

■ 5) диссеминированные поражения легких;

■ 6) увеличение внутригрудных лимфатических узлов;

■ 7) изменения, обусловленные скоплением выпота в плевральной полости, и их последствия.

-
- Естественно, далеко не все заболевания органов дыхания сопровождаются описанными выше рентгенологическими изменениями; некоторые из них, например обструктивный бронхит, бронхиальная астма и др., характеризуются другими изменениями, которые имеют диффузный характер и в значительной мере зависят от длительности заболевания.
 - Особенностью работы диагностических отделений в противотуберкулезных учреждениях является то обстоятельство, что у подавляющего большинства направляемых в них больных имеются четкие рентгенологически выявляемые изменения в легких; вторая особенность заключается в том, что у подавляющего большинства больных, направляемых на обследование, предположительно устанавливают диагноз туберкулеза.
-

- Например, 70% больных были направлены в диагностическое отделение Центрального НИИ туберкулеза РАМН с диагнозом туберкулеза органов дыхания, хотя этот диагноз подтвержден всего у 23% поступивших больных.

- Такой состав больных в настоящее время характерен для противотуберкулезных учреждений, в другие учреждения не направляется такое большое число больных, у которых необходимо подтвердить или исключить наличие туберкулеза.

- Значительную часть амбулаторных больных составляют лица с очаговыми изменениями в легких. Первая задача при обследовании таких лиц — определение этиологии заболевания, что нередко представляет собой трудную задачу. При наличии свежих очаговых изменений проводят дифференциальную диагностику туберкулеза и бронхопневмонии с учетом клинической картины заболевания, которая неодинакова при бронхопневмонии и очаговом туберкулезе.

- Важное значение имеют результаты бактериологического исследования и динамика течения болезни: сравнительно быстрое рассасывание очаговых теней, особенно в процессе применения антибиотиков широкого спектра действия, свидетельствует в пользу бронхопневмонии и, наоборот, торпидное течение и медленная инволюция очагов даже при использовании противотуберкулезных препаратов подтверждают туберкулезную этиологию заболевания.

■ У больных хроническим очаговым туберкулезом часто возникает необходимость в определении активности туберкулезного процесса. По результатам обследования устанавливают вариант очаговых процессов: активный, реактивный и сомнительной активности. По данным Т. Я. Ильиной, у 8% лиц с очаговыми изменениями туберкулезной этиологии выявляют свежий очаговый туберкулез, у 35,4% — хронический, волнообразно протекающий туберкулез, у 54,1% — процесс сомнительной активности и у 2,5% — неактивный. В данном случае по существу проводят не дифференциальную диагностику различных заболеваний, а определение активности процесса.

■ У некоторых больных плотные очаговоподобные тени при наличии фиброзных изменений могут быть нетуберкулезного происхождения. Это наблюдается после перенесенных воспалительных процессов с образованием ограниченного фиброза, который при наличии узелковых теней в сочетании с тяжистыми и перибронхиальными изменениями может быть ошибочно расценен как очаговый туберкулез.

Значительную помощь может оказать дополнительное детальное рентгенологическое исследование, в том числе получение увеличенных прицельных снимков

■ Целенаправленный и подробный анамнез имеет очень важное, а порой решающее значение для установления правильного диагноза.

- Большую группу составляют больные с наличием в легких затемнений долевого, сегментарного и субсегментарного характера. Чаще всего такие изменения вызваны воспалительным процессом различной этиологии, в том числе туберкулезом или ателектазом, обусловленным в большинстве случаев центральным раком с эндобронхиальным ростом опухоли. Важную роль в диагностике при таких изменениях в легких играет клиническая картина заболевания; острое начало заболевания характерно для воспалительных процессов, хотя ателектаз также может сопровождаться воспалением и в таких случаях на первых этапах развития заболевания расценивается как пневмония.

- В дифференциальной диагностике решающее значение имеют два направления: микробиологические исследования, проводимые с целью обнаружения инфекционного агента — возбудителя заболевания, и применение инструментальных методов с последующим цитологическим и гистологическим исследованием материала, полученного при биопсии.

■ ошибочный диагноз был установлен у 84% больных раком легкого. Это было обусловлено тем, что до поступления в диагностическое отделение инструментальные методы с последующим цитологическим исследованием биоптата не применялись. При раке легкого наиболее часто устанавливали неправильный диагноз хронической и реже — затяжной пневмонии. Ошибочный диагноз, установленный до поступления в диагностическое отделение у 64% больных инфильтративным туберкулезом и 9% больных пневмониями, был обусловлен недостаточно тщательным и полным бактериологическим исследованием.

-
- Если в настоящее время методики обнаружения возбудителя туберкулеза хорошо разработаны и внедрены в практику, выявление этиологического фактора при неспецифических воспалительных заболеваниях, в том числе затяжных пневмониях, сопряжено с большими трудностями и применяемые методики нельзя считать вполне разработанными.
 - Особую группу составляют больные с поражением IV и V сегментов легкого, которым раньше устанавливали диагноз «синдром средней доли». Понятно, что этот термин собирательный и не отражает этиологию заболевания.
-

■ При определении этиологии полостных изменений в легких и дифференциальной диагностике каверны и полости абсцесса, реже распадающегося рака легкого, наиболее важную роль играют бактериологическое исследование мокроты, позволяющее определить инфекционный агент (микобактерии туберкулеза, вторичная флора), а также цитологическое исследование биоптата, в частности при распавшемся раке. Большое значение имеет КТ, особенно при врожденных кистах и бронхоэктатической болезни, которые при рентгенологическом исследовании могут «симулировать» полость распада — каверну.

- Исследование аспирационного материала, полученного путем направленной катетеризации бронхов в зоне поражения, увеличивает возможность определения этиологии заболевания; методика комплексного бронхологического исследования, в том числе при полостных изменениях в легких, хорошо разработана, результаты такого инструментального исследования в сочетании с данными, полученными при бактериологическом или цитологическом исследовании, имеют решающее значение в диагностике. При пристеночно расположенных полостях рекомендуется производить трансторакальную пункцию с введением небольшого количества жидкости в полость, которую после извлечения подвергают лабораторному исследованию.

- Диагностика диссеминированных поражений легких с последующим развитием диффузного пневмосклероза и эмфиземы сопряжена с большими трудностями. Несмотря на некоторое СХОДСТВО рентгенологически выявляемых изменений в легких, у больных этой группы наблюдаются разнообразные заболевания, дифференциальная диагностика которых разработана недостаточно хорошо.

-
- Диссеминированный туберкулез, который встречается в настоящее время не так часто, как раньше, характеризуется, как правило, хроническим течением, диагностика его обычно не вызывает затруднений. Вместе с тем при диагностике туберкулеза у некоторых больных возникают значительные затруднения. Это больные, у которых не обнаружены деструкция в легких, микобактерии туберкулеза и эндобронхит в крупных бронхах, туберкулиновые реакции у этих больных часто отрицательные. Диагноз у них может быть установлен на основании результатов цитологического и гистологического исследований биопсийного материала, иммунологических исследований, в том числе с применением провокационных туберкулиновых проб с подкожным введением туберкулина, а также «тест-лечения», т. е. химиотерапии с оценкой динамики изменений в легких на сериях рентгенограмм и томограмм.
-

-
- В диагностике заболевания неопластического характера решающее значение имеют цитологическое и гистологическое исследования биопсийного материала, полученного при бронхологическом исследовании или путем игольной трансторакальной пункции. К этой группе относятся такие заболевания, как канцероматоз, альвеолярно-бронхиальный рак, метастазы аденомы щитовидной железы, ме-диастинально-легочная форма лимфогранулематоза.
 - Применяемые методы биопсий многочисленны и разнообразны. Высокоэффективными оказались эндобронхиально производимые внутриклеточные биопсии, трансbronхиальные и трансторакальные пункции, что позволило значительно уменьшить частоту выполнения открытых биопсий легкого, которые в настоящее время производят редко, так же как и диагностическую медианоскопию.
-

-
- Так называемые редкие заболевания легких неизвестной этиологии также могут быть выявлены **только на основании результатов цитологического и гистологического исследований биопсийного материала.**
 - К этой группе относятся эссенциальный гемосидероз, гистиоцитоз X, альвеолярный протеиноз, первичный легочный амилоидоз, альвеолярный микролитиаз и др.
-

■ Сходство результатов цитологического исследования затрудняет дифференциальную диагностику саркоидоза легких и таких заболеваний, как идиопатический фиброзирующий альвеолит, группа интерстициальных пневмоний, или «пневмопатий», с различной клеточной реакцией: десквамативная интерстициальная пневмония, лимфоидная и гигантоклеточная интерстициальная пневмония, гранулематоз Вегенера, синдром Гудпасчера, фиброзирующий альвеолит при различных коллагенозах, например «ревматоидное легкое», а также хронический активный гепатит, токсический фиброзирующий альвеолит, развивающийся вследствие воздействия в легочную паренхиму различных токсичных веществ, в том числе различных лекарственных препаратов.

- ~~Общий симптом этих заболеваний — появление легочной диссеминации или очаговоподобных изменений с последующим развитием пневмосклероза, эмфиземы и других изменений. При исследовании материала, полученного при биопсии легких, у таких больных нередко выявляют лимфоидно-плазмочитарную инфильтрацию, эпителиоидные клетки, клетки типа Пирогова — Лангханса и другие элементы гранулемы, иногда с наличием некроза.~~

- Большое значение имеют данные иммунологического исследования (реакция бласттрансформации лимфоцитов с РРП и ФГА, а также исследование активности В-лимфоцитов, выявление антигенов и антител).

-
- Наиболее разработана иммунодиагностика экзогенных аллергических альвеолитов, токсических, в том числе лекарственных, альвеолитов. Удалось получить специфические антигены, что позволяет установить диагноз и выделить клинические варианты заболеваний.
 - Разработанные методы иммунологической диагностики аллергических (экстринсивных) альвеолитов — болезней голубеводов и птицеводов — позволили организовать активное выявление альвеолита путем массовых обследований работников птицефабрик с применением комплексного метода, флюорографии, функционального исследования легких (скорость форсированного выдоха) и иммунологических методов (определение специфических антител методом контриммуноэлектрофореза, реакции преципитации в геле по Оухтерлони).
 - Эта методика позволила выявить среди обследованных как больных, так и носителей антигена и антител группы риска.
-

- Увеличение ВГЛУ может наблюдаться у больных с заболеваниями крови, например лимфолейкозом, злокачественными и доброкачественными опухолями, лимфогранулематозом.
 - При диагностике туберкулеза и других заболеваний легких со сходными клинико-рентгенологическими проявлениями, как правило, необходимо применить дополнительные и факультативные методы исследования.
 - Выбор наиболее информативного из них определяется в первую очередь клинико-рентгенологическими симптомами: диссеминацией, инфильтративно-пневмоническими изменениями, округлыми и полостными образованиями, увеличением ВГЛУ, наличием полостей в легких и др.
 - Без применения инструментальных методов, исследования биопсийного материала, лабораторных методов (цитологического, бактериологического, иммунологического, морфологического) дифференциальная диагностика и установление диагноза на ранних этапах развития заболевания невозможны.
-

-
- В диагностическом отделении, кроме обследования с целью установления диагноза, значительной части больных проводят лечение. Исключение составляют больные, которым необходимы хирургическое лечение, рентгено - и радиотерапия, а также некоторые другие категории больных, которым требуется проведение лечебных мероприятий в условиях специализированных учреждений онкологического, гематологического, ревматологического, аллергологического профиля.
 - Накопленный опыт свидетельствует о том, что даже больным, которые должны быть переведены в хирургические, онкологические и другие учреждения, в период пребывания в диагностическом отделении необходимо провести симптоматическую, а иногда этиологическую или патогенетическую терапию.
 - И каждый раз новый подход к решению вопросов диагностики и лечения, творческий анализ объективных данных о болезни и личностных особенностях больного, клиническое мышление.
-

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

