

УДК 616-002.5:616-002.182]-079.4

С.М. Лепшина, А.С. Письменская, М.А. Миндрул, Л.В. Лебедь

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ САРКОИДОЗА И ТУБЕРКУЛЕЗА

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького»
Минздрава России, г. Донецк

Аннотация

В статье представлен клинический пример, демонстрирующий сложности дифференциальной диагностики саркоидоза и туберкулеза. Несмотря на проведенное патогистологическое исследование пораженного участка кожи, больному не сразу был установлен правильный клинический диагноз. Диагностика саркоидоза потребовала нескольких консультаций смежных специалистов и госпитализации больного в пульмонологическое отделение, где диагноз саркоидоза был подтвержден.

Ключевые слова: туберкулез, саркоидоз, дифференциальная диагностика

Актуальность. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных методов исследования, дифференциальная диагностика саркоидоза и туберкулеза остается сложной. Необходимость дифференциальной диагностики этих заболеваний обусловлена как идентичными клинико-рентгенологическими проявлениями (общая слабость, одышка, кашель; легочная диссеминация), так и сходством гистологического строения саркоидной и туберкулезной гранулем [1-5]. По данным разных авторов, диагностические ошибки при дифференциальной диагностике этих заболеваний встречаются с частотой от 60 до 90% [6, 7, 8].

Трудности вызывают полиморфизм клинических проявлений, отсутствие патогномичных признаков заболеваний, сочетание туберкулеза и саркоидоза с другими нозологиями, возрастные особенности [8, 9].

Приводим клинический случай, демонстрирующий сложности дифференциальной диагностики саркоидоза и туберкулеза.

Клинический случай. Больной К., 61 год, в июне 2021 г. направлен на консультацию в Республиканскую клиническую туберкулезную больницу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РКТБ МЗ ДНР) Республиканским центром профпатологии и реабилитации МЗ ДНР (РЦПР МЗ ДНР) с целью исключения специфического процесса в легких.

Диагноз направившего учреждения: ХОБЛ пылевой этиологии, 3 стадия, тяжелое течение. ЛН 2 ст.

Жалобы: одышка, усиливающаяся при физической нагрузке.

Анамнез жизни: инвалид III группы по профессиональному заболеванию, пенсионер. Проф. заболевание с 2011 г. — ХОБЛ пылевой этиологии. Трудовой стаж — 20 лет (ГРОЗ). Туберкулезом ранее не болел. ВИЧ, другие

инфекционные заболевания отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Курил до 2014 года по 2 пачки сигарет в день. Употребление наркотических веществ отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания: относится к медицинской группе риска по туберкулезу.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, пониженного питания (вес — 60 кг, рост — 182 см). Периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД — 24 в минуту. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. ЧСС — 66 ударов в минуту. АД — 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

Обследован. Рентгенография ОГК от 24.05.21 + Архив (рентгенография ОГК от 14.03.19, СКТ ОГК от 30.11.20): в легких диффузный пневмосклероз, рассеянные очаги. В S2 правого легкого — линейный фиброз. В средостении: группы множественных паратрахеальных (14 мм), парааортальных (14 мм), бифуркационных (17 мм), бронхопульмональных лимфатических узлов. Плевральные полости свободны. Заключение: медиастинальная лимфаденопатия. Диффузный пневмосклероз.

Вывод: диффузно-интерстициальный процесс в легких. ХОБЛ пылевой этиологии. Данных за активный туберкулезный процесс в легких нет.

С 17.02.22 по 10.03.22 лечился в ЛОР-отделении ДОКТМО с диагнозом: Двухсторонний хронический рецидивирующий полипозный грибковый гайморит. 01.03.22 выполнена эндоскопическая двухсторонняя полисинусотомия.

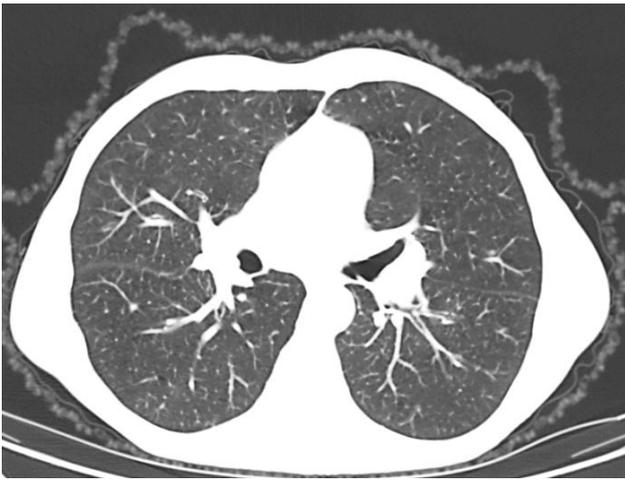


Рис. 1. СКТ ОГК больного К. от 30.11.20

Патогистологическое заключение от 04.03.22 — в препарате кусочки слизистой гайморовой пазухи и отечные полипы с хроническим гнойным воспалением, очагами некроза.

С 25.05.22 по 16.06.22 вновь госпитализирован в ЛОР-отделение с *диагнозом*: Хронический левосторонний полипозный гайморит. 27.05.22 выполнена левосторонняя гайморотомия.

Патогистологическое заключение от 28.05.22 — фиброзная ткань с очаговым хроническим воспалением, очаговым кровоизлиянием.

В июле 2022 г. обратился в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР с жалобами на изменение цвета кожи и припухлость в области левой щеки. Со слов больного, данные изменения появились после проведения гайморотомии, однако за медицинской помощью не обращался. В течение последнего месяца изменения выросли, в связи с чем обратился к дерматологу. Назначена мазь «Акридерм» сроком на 1 месяц — без улучшения. Заподозрен туберкулез кожи.

30.08.2022 выполнено патогистологическое исследование — кусочек кожи левой щеки: в коже умеренный гиперкератоз, очаговый слабый акантоз эпидермиса, умеренный склероз и отек дермы, очаговая умеренная лимфоплазмоцитарная инфильтрация с формированием нечетких гранул с наличием эпителиоидных и единичных гигантских многоядерных клеток типа клеток Пирогова-Лангханса. В крае препарата тромбированный сосуд. Казеозный некроз не определяется.

Патогистологическое заключение: гистологические изменения в коже укладываются в диагноз туберкулезного поражения кожи.

Пациент направлен в РКТБ.

Жалобы — прежние.

Объективно: при перкуссии над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Ау-



Рис. 2. Поражение кожи левой щеки у больного К.

скультативно дыхание жесткое, с удлинненным выдохом, рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД — 23 в минуту. В остальном — без особенностей.

Дообследован: выполнено УЗИ — в области левой щеки — инфильтрат 41×30 мм, толщиной — 0.9 мм, без абсцедирования.

Для уточнения диагноза микропрепарат кожного лоскута пересмотрен патоморфологом РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря: в микропрепарате лоскут кожи с наличием эпителиоидных гранул с единичными гигантскими многоядерными клетками типа инородных тел и Пирогова-Лангханса. Больше данных в пользу специфического процесса (туберкулез).

Рентгенография ОГК от 14.09.22 — в легких диффузный пневмосклероз. Корни расширены за счет лимфатических узлов. Сердце — норма. Рекомендована СКТ ОГК.

СКТ ОГК от 12.11.21, СКТ ОГК от 11.10.22 — в легких диффузный пневмосклероз. Единичные рассеянные участки очагового и линейного фиброза. В средней доле правого легкого определяются ателектатические изменения в



Рис. 3. Рентгенография ОГК больного К. от 14.09.22



Рис. 4. СКТ ОГК больного К. от 12.11.21.



Рис. 5. СКТ ОГК больного К. от 11.10.22.

динамике нарастания к 2022 г. В средостении и корнях легких группы увеличенных лимфатических узлов в динамике увеличения. Плевральные полости свободны. Сердце — норма.

Вывод: диффузно-интерстициальный процесс в легких (саркоидоз?) Лимфаденопатия средостения.

Пациенту была рекомендована медиастиноскопия с биопсией лимфатического узла. Больной от проведения исследования отказался.

Иммунологические кожные пробы пациенту проведены не были в связи с отсутствием диагностических тестов.

Заключение консилиума РКТБ МЗ ДНР: данных в пользу туберкулеза в настоящее время нет. Саркоидоз? Рекомендована консультация пульмонолога ДОКТМО.

С 26.10.22 по 11.11.22 вновь госпитализирован в РЦПР с диагнозом: Хроническая обструктивная болезнь легких пылевой этиологии, третья стадия, обострение; ЛН 2 степени. ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, минимальная митральная регургитация, относительная недостаточность трикуспидаль-

ного клапана 1 степени, умеренная легочная гипертензия, СН 1. Хронический двухсторонний полипозно-гнойный полисинусит, состояние после повторного оперативного лечения, нестойкая ремиссия.

18.11.22 пациент консультирован пульмонологом и госпитализирован в пульмонологическое отделение ДОКТМО.

Жалобы на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, приступы затрудненного дыхания, кашель с трудноотделяемой мокротой, дискомфорт в грудной клетке, общую слабость.

Обследован:

Sp O₂ — 98%

ФВД — ОФV₁ — 60%, ЖЕЛ — 69%, индекс Тиффно — 87%. Значительные нарушения ВСЛ по смешанному типу с преобладанием рестриктивного компонента.

Биохимический анализ крови — АПФ — 81,2 Ед/л (N 8-52 Ед/л).

ЭКГ — ритм синусовый нерегулярный, ЧСС 80 в мин. Частая желудочковая экстрасистолия. Отклонение ЭОС влево. Неполная блокада



Рис. 6. СКТ ОГК больного К. от 23.09.23



Рис. 7. Изменения на коже левой щеки у больного К. спустя год

правой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Диагноз: Хроническая обструктивная болезнь легких пылевой этиологии, третья стадия, тяжелой степени, фаза обострения. Саркоидоз, вторая стадия, легочно-железистая форма с поражением кожи, гист+, активная фаза.

Осл.: Диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких, ЛН 2 степени.

Соп.: ИБС: стенокардия напряжения, ФК 2-3, атеросклеротический кардиосклероз, вторичная легочная гипертензия (давление в ЛА — 35 мм.рт.ст), СН 1 (ФВ — 75%). ГБ 2 стад., 2 степ., риск 3.

Получал комбинированную бронхолитическую терапию, системные ГКС (медрол 32 мг), витаминотерапию (вит. Е, С), муколитики, гипотензивную, антитромботическую и гиполипидемическую терапию.

На фоне проведенного лечения состояние больного улучшилось: уменьшились одышка, кашель, отек левой щеки. 02.12.22 выписан из отделения, даны рекомендации.

Спустя год у пациента сохраняются жалобы на одышку при физической нагрузке, сухой кашель, общую слабость, периодически — отечность левой щеки, давящую боль за грудиной.

СКТ ОГК от 23.09.23 — динамика выраженного рассасывания фиброзных изменений и очагов уплотнения легочной ткани. Рассасывание ателектатических изменений. В базальных отделах с обеих сторон и верхней доле правого легкого определяются участки линейного пневмофиброза. Легочный рисунок усилен. Уменьшение в размерах лимфатических узлов в средостении и корнях легких. Плевральные полости свободны.

Регулярно получает лечение в РЦПР.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует необходимость комплексной оценки всех методов обследования больных с подозрением на саркоидоз (клинических, рентгенологических, лабораторных, морфологических), так как оценка только лишь морфологической картины, которая во многом бывает сходна с туберкулезом, может привести к постановке ошибочного диагноза и, как следствие, неверному лечению.

Больному, несмотря на патогистологическое заключение о туберкулезном поражении кожи, на основании клинико-рентгенологических данных был установлен диагноз саркоидоза.

Терапия саркоидоза оказалась эффективной. Об этом также свидетельствуют данные обследования спустя год. При таких же изменениях, обусловленных туберкулезом, у больного без специфического лечения наблюдалась бы отрицательная динамика.

Дифференциальная диагностика туберкулеза и саркоидоза требует тесной взаимосвязи фтизиатров, пульмонологов, радиологов, морфологов и других участников диагностического процесса на каждом его этапе.

S.M. Lepshina, A.S. Pismenskaya, M.A. Mindrul, L.V. Lebed
DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SARCOIDOSIS AND TUBERCULOSIS (CLINICAL CASE)

Abstract. The article presents a case study that demonstrates the challenges of differentiating between sarcoidosis and tuberculosis. Despite a pathohistological examination of the affected skin area, the patient's diagnosis was not initially accurate. The diagnosis of sarcoidosis required multiple consultations with relevant specialists and hospitalization in the pulmonology department, where the condition was confirmed.

Key words: tuberculosis, sarcoidosis, differential diagnostics

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых» РОФ 2022.
2. Клинические рекомендации «Саркоидоз», 2022.
3. Визель А.А., Потанин, В.П., Визель И.Ю., Потанин А.В. Саркоидоз и сходные с ним гранулематозы, саркоидные реакции // Саркоидоз. - М.: Атмосфера, 2010. - С. 322-348.
4. Лепёха Л.Н., Евгущенко Г.В., Бурцева С.А. Комплексная морфологическая диагностика туберкулеза и саркоидоза легких // Военно-медицинский журнал. - 2012. - №3. - С.24-28.
5. Двораковская И.В., Акопов А.Л., Ариэль Б.М., Платонова И.С., Русанов А.А., Хромова Т.И. Биопсия в пульмонологии. СПб.; 2011. 71 с.
6. Шмелев Е.И. Дифференциальная диагностика саркоидоза // Саркоидоз. - М.: Атмосфера, 2010. - С.312-321.
7. Визель, А.А. Анализ выступлений и тезисов по саркоидозу, представленных на XIII Национальном конгрессе по болезням органов дыхания / А.А. Визель // Пульмонология. - 2013. - №5. - С. 115-118
8. Мусабекова С.А. Судебно-медицинские аспекты дифференциальной диагностики саркоидоза и туберкулеза легких // Вестник Казахского Национального медицинского университета. - 2016. - №3. - С.104-107.
9. Амирханова Д.Т., Суббота Ю.В. Трудности в постановке диагноза саркоидоза // Медицина и экология. - 2015. - №2. - С.102-106.