

З.И. СУЛЕЙМЕНОВА¹, А.А. ЕРГАЛИЕВА², А.М. САДЫКОВА², Е.Р. ХВАН²¹Казахстанский медицинский университет непрерывного образования²Казахстанский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ИНФЕКЦИОННЫЕ МАСКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Ранняя диагностика инфекционных заболеваний основывается на клинических и эпидемиологических данных, что позволяет не только провести адекватную терапию, но и противоэпидемические мероприятия. Врачам поликлинической службы важно правильно и всесторонне оценить результаты опроса, осмотра пациента и результаты клинических лабораторных обследований.

Ключевые слова: туберкулез, температура, кашель, потливость.

Ранняя диагностика инфекционных заболеваний основывается на клинических и эпидемиологических данных, что позволяет не только провести адекватную терапию, но и противоэпидемические мероприятия. В статье использован собственный материал. Ранее нигде не опубликован.

Цель исследования – выявить ошибки в клинической диагностике туберкулеза на догоспитальном этапе.

На современном этапе, как и в более ранний период, инфекционные болезни остаются широко распространенными. Структура лечебной службы такова, что инфекционные больные первично обращаются к врачам первого контакта (ВОП). В их работе доля инфекционных больных нередко становится преобладающей, особенно во время эпидемических вспышек. ВОП. В своем подавляющем большинстве ВОП, не обладают необходимыми знаниями диагностики и терапии инфекционных больных (1,2).

Материал и методы. На стационарное лечение в городскую инфекционную больницу имени И.С. Жекеновой в разные годы поступило 58 пациентов с подозрением на то или иное инфекционное заболевание. Направительные диагнозы были выставлены врачами первичной медико - санитарной помощи (ПМСП). В период наблюдения, лечения и обследования в стационаре, во всех случаях выявлялась та или иная форма туберкулеза легких.

Из направительных клинических диагнозов наиболее часто (32%) звучало подозрение на острую кишечную инфекцию (ОКИ), грипп или острую респираторную инфекцию (ОРВИ)-21%, лихорадку неясной этиологии (15%), менингит (10%). Встречался и такой диагноз «на консультацию» для подтверждения или исключения инфекционного заболевания (12%). Реже встречались диагнозы острая ангина (4 больных), острый вирусный гепатит (4 больных), герпесостерная инфекция (1 пациент). Большинство пациентов (59%) доставлялись бригадами скорой помощи, в трети случаев (31%) поступали по направлениям из различных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) города, реже было самообращение (10%). Поступали преимущественно (67%) в холодное время года, треть (33%) – летом. Чаще (66%) обращались в стационар на 1-6 день болезни, реже (11%) на 7-14 и 21-30 (5 больных) сутки от начала заболевания и 1 пациентка была госпитализирована на 5 месяце болезни. Больше (70%) было мужчин, меньше женщин (30%). Преимущественно болели лица молодого возраста, 20-39 (55%) и 40-50 лет (22%). В единичных случаях из старших возрастных групп: двое 64 лет и двое 70-71 года. Необходимо подчеркнуть наличие 14 заболевших в возрасте 15-19 лет. Большинство (82%) составили не работающие, редко служащие (5%), учащиеся и студенты (5%), пенсионеры (4 больных) и рабочие (4%).

В группе пациентов с предварительным диагнозом ОКИ было 15 человек. У всех заболевание начиналось остро с появления диарей (100%) от 2-3 до 15-20 раз в сутки, схваткообразных болей диффузного характера в животе (80%), тошноты (67%), повторной рвоты (67%) и повышения температуры тела до 38-40°C (67%). Почти половина (47%) лихорадящих пациентов отмечала повторные ознобы в течение суток. Повышенная температура тела сохранялась в течение 5-21 дня от начала заболевания. Большинство больных (87%) беспокоила выраженная слабость, реже головная боль (27%) и головокружение (20%). Эпидемиологический анамнез выявил употребление в пищу обычных доброкачественных продуктов (жаркое, суп-лапша и пр.), лишь 1 пациент указывал на связь заболевания с прокисшим кефиром и 1 больной пробовал на вкус сырое мясо. На фоне терапии ОКИ, 12 пациентов продолжали лихорадить, 8 в пределах от 36,0-37,0°C до 39,9°C, 2-е от 36,0-37,0°C до 38,6°C в течение 5-15 суток. Диарея продолжалась на фоне терапии в течение 2-21 дня, у большинства (13 больных) стул был энтеритный, в 2 случаях имел место энтероколит, копрологический анализ выявил большое число лейкоцитов и эритроцитов. Схваткообразные боли в животе продолжались на фоне терапии у 10 пациентов в течение 4-16 суток. Тошнота и рвота на фоне терапии сохранились у 6 в течение 1-6 суток. Т.о., клинически трудно было исключить ОКИ, но необходимо отметить отсутствие убедительного

эпидемиологического фактора для развития кишечной инфекции. Обращало на себя внимание несоответствие высоты и длительности лихорадки степени выраженности поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и отсутствие развития такого типичного осложнения, как гиповолемия, которое развивается при среднетяжелом и тяжелом течении ОКИ. Кроме того, в 11 случаях отмечались клинические симптомы поражения органов дыхания. Так, 6 из 11 беспокоил постоянный сухой кашель, 3 кашель с мокротой. Двое жаловались на одышку. Трех беспокоили боли в грудной клетке. Аускультация легких выявила жесткое или ослабленное везикулярное дыхание и у 4 сухие хрипы. Клинический анализ крови выявил у 6 лейкоцитоз, причем у 2 гиперлейкоцитоз (23,4 тыс и 19,5 тыскл/мл крови). Нейтрофилез также был в 6 случаях, в пределах 78-90%, сдвиг формулы влево имел место в 5 случаях за счет увеличения палочкоядерных лейкоцитов до 10-25%, у 1 сдвиг был до миелоцитов. У большинства (12 больных) имелась ускоренная СОЭ от 22 до 66 мм/ч. Общий анализ мочи у 7 характеризовался лейкоцитурией и у 4 гематурией. Бактериологическое и серологическое исследование на сальмонеллез, дизентерию и пищевую токсикоинфекцию не верифицировало наличие ОКИ. Что позволило провести рентгенологическое исследование органов грудной клетки? Длительная, не типичная для ОКИ, лихорадка ремиттирующего и интермиттирующего характера, отсутствие гиповолемии при столь длительной диарее, отсутствие симптомов интоксикации центральной нервной системы (ЦНС) при длительной лихорадке, субъективные ощущения и объективные изменения со стороны легких. А также не типичные для ОКИ показатели в клиническом анализе крови: резко ускоренная СОЭ, лейкоцитоз и гиперлейкоцитоз, резкий сдвиг формулы влево и изменения в моче без развития шоковой почки. Рентгенография выявила разнообразные формы туберкулеза легких, следовательно, имела место токсическая диарея.

С диагнозом ОРВИ или грипп было госпитализировано 14 больных. Большинство (12) поступили на 3-6 день от начала заболевания, 1 на 2 день болезни и 1 на 10. Все пациенты связывали свое заболевание с переохлаждением. Все лихорадили в пределах 38,0-38,9°C и 39,0-39,9°C. В 1 случае температура не снижалась ниже 40°C. На фоне лихорадки отмечались головная боль (8), повторные в течение суток ознобы (6), ломота в теле (3) и выраженная слабость (4). Одновременно беспокоили насморк (10), сухой или влажный кашель (10), першение в горле (5), боли в грудной клетке (4), одышка (1). В основном (9) лихорадили в течение 4-7 суток, реже (5) 8-11 дней от начала заболевания. В период лечения у всех сохранялись выраженная общая слабость и кашель. В течение 3-8 суток сохранялся ринит (8) и першение в горле (5). У большинства (8) в клиническом анализе крови был нормоцитоз в пределах 4,9 – 8,8 тыскл/мл крови. В 3 случаях отмечался невысокий лейкоцитоз в пределах 8,9 – 11,9 тыскл/мл крови. Нейтрофилез был у 2. У 6 палочкоядерный сдвиг формулы влево до 7-24% и в 1 случае сдвиг до миелоцитов (2%). Ускоренная СОЭ от 20 до 45 мм/ч имела место у 8 пациентов. Позднее поступление 13 пациентов с продолжающейся высокой и длительной лихорадкой, наличие ускоренной СОЭ и сдвига формулы влево, наводило на мысль о развитии внебольничной пневмонии, что позволило провести рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Рентгенография выявила разнообразные формы туберкулезного поражения легких. 8 пациентов поступило на стационарное лечение с подозрением на острое лихорадочное заболевание: бруцеллез, брюшной тиф, иерсиниоз, лихорадка неясной этиологии. Половина пациентов (4) поступили на 5-6 день болезни, 1 на 15 сутки болезни, 2 на 29-30 день от начала заболевания и 1 на 5 месяце болезни. Основной клинический симптом болезни у всех – лихорадка. Трое температурили в пределах 38,0-38,9°C, двое от 39,0 до 40,0°C и 2 отмечали септический тип лихорадки в пределах 36,0 – 39,0-40,0°C. В одном случае был ежедневный субфебрилитет, не выше 37,5°C. Лихорадка сопровождалась выраженной общей слабостью (8), головной болью (5), кашлем (5), потливостью (3), недомоганием (3) и потерей массы тела (3). Трое лихорадили в течение 7-9 дней, 1 - 16

суток, 3 температуры 27-31°С в течение 5 месяцев. Объективный осмотр пациентов выявил у всех гепатомегалию. Аускультация легких у 4 выявила жесткое везикулярное дыхание, у 2 – ослабленное, в 1 случае односторонние влажные хрипы. Наиболее длительно сохранялась выраженная слабость (8), у 3 головная боль продолжалась в течение 10-27 суток, у 5 пациентов сохранялась сухой непродуктивный кашель в течение 10 дней от начала заболевания и в 1 случае весь 5-месячный период болезни. Эпидемиологический анамнез выявил у 1 пациента проживание в сельской местности и содержание скота, что позволило заподозрить бруцеллез. У остальных проживание в частном секторе с наличием грызунов, что в свою очередь позволило заподозрить иерсиниоз или листериоз. Необходимо отметить, несмотря на столь длительный лихорадочный период (20-30 суток, 5 месяцев), пациенты не отмечали выраженных симптомов интоксикации ЦНС, типичных для острых инфекционных лихорадочных заболеваний и не обращались за медицинской помощью. Как известно, для зоонозных инфекций и тем более для тифо-паратифозной инфекции, типичны выраженные симптомы интоксикации и полиорганность поражения, что заставляет пациентов обратиться за медицинской помощью на первой неделе заболевания. Лейкоцитоз (11,8 тыс/мл крови) и гиперлейкоцитоз (29,6 тыс/мл крови) с нейтрофилизом (80%, 86%) и сдвигом формулы влево (10%, 16% палочкоядерных нейтрофилов) имели место у 2 пациентов, в остальных случаях был нормоцитоз. У 2 пациентов с нормоцитозом также отмечался сдвиг формулы влево (9%, 10% палочкоядерных нейтрофилов) при нормальном числе нейтрофилов. Ускоренная СОЭ в пределах 24 – 40 мм/ч была у 6. Изменения в общем анализе мочи было у 2 в виде невысокой альбуминурии (0,066% и 0,033%). У пациента из сельской местности выявился низкий титр антител в реакции Райта (1:25) и слабо положительный (1+) титр в реакции Хаддлсона, что совершенно не соответствовало клинике как острого, так и декомпенсации хронического бруцеллеза. Отсутствие типичных клинических симптомов брюшного тифа, иерсиниоза, острого и хронического бруцеллеза, длительная лихорадка, не типичные для перечисленных инфекционных заболеваний изменения в клиническом анализе крови, позволило в первую очередь провести рентгенографию легких, которая и выявила разнообразные формы туберкулеза. У пациентов с лейкоцитозом и гиперлейкоцитозом имел место диссеминированный туберкулез легких. Четверо пациентов поступили на 5-6 и 10-13 день от начала заболевания с подозрением на острую ангину. Ведущий симптом у всех заболевших - лихорадка в пределах 37,0 – 39,0°С, сопровождавшаяся выраженной слабостью и головной болью. Одновременно беспокоили боли в горле, усиливающиеся при глотании. Все 4 пациентов лихорадили более недели: 11, 12, 14 и 17

суток, что наводило на мысль о развитии осложнений, либо о том, что тонзиллит является симптомом какого-либо инфекционного заболевания и чаще зоонозного (иерсиниоз, листериоз, тифо-паратифозная инфекция). Все дни болезни сохранялась выраженная слабость, у 2 боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании и у 1 кашель с мокротой в течение 10 дней болезни. В клиническом анализе крови имела место ускоренная СОЭ, в пределах 27 – 40 мм/ч, без типичных для острого тонзиллита изменений формулы. Длительная лихорадка, отсутствие типичных тонзиллогенных осложнений и неблагоприятных исходов, наличие ускоренной СОЭ, позволило провести рентгенографию легких, выявившую разные формы туберкулеза, в том числе у 2 диссеминированную. Четверо пациентов поступили в гепатитное отделение с подозрением на вирусный гепатит, 2 через месяц от начала заболевания, 1 на 5 и 1 на 8 день болезни. Ведущие симптомы у всех заболевших: сниженный аппетит, выраженная слабость, общее недомогание, подташнивание. Один пациент лихорадил в пределах 39°С в течение месяца с артралгиями, миалгиями, другой отмечал ежедневный в течение месяца вечерний субфебрилитет и 1 лихорадил в течение 16 суток. Желтушное окрашивание кожи и слизистых у 1 больного было в течение месяца до поступления в стационар, у другого в течение 1,5 месяцев и у 2 в течение последних 5-6 дней до госпитализации. Т.о. желтушность – первый симптом заболевания у всех 4 пациентов. Объективный осмотр выявил у всех гепатомегалию и лишь у 2 желтушность кожи и слизистых. В 2 случаях аускультация легких отметила ослабленное везикулярное дыхание и массу сухих хрипов. Биохимические пробы печени были изменены у 2: в 1 случае отмечался ферментемия (АЛТ-7,7 мккат/л), билирубинемия за счет связанной фракции (83,6/68,2/15,4 мкмоль/л) и снижение протромбинового индекса до 55%; во втором случае имели место билирубинемия (59,8/44,0/15,8 мкмоль/л) и снижение протромбинового индекса до 64%. Клинический анализ крови выявил у 2 гипохромную анемию и лейкоцитоз. У 1 пациента отмечался сдвиг формулы влево за счет увеличения палочкоядерных нейтрофилов (8%) и появления миелоцитов (2%) в сочетании с тромбоцитопенией (20 тыс/мл крови) и качественные изменения эритроцитов в виде анизозитоза, полихромазии и гипохромии. Ускоренная СОЭ была у 3: 20, 36, 55 мм/ч. Маркерная диагностика выявила у 2 наличие HCV-инфекции. Рентгенография легких, проведенная с учетом лихорадки и нетипичного течения поражения печени, позволила выявить различные формы туберкулеза легких. Т.о. у 2 имел место токсический гепатит и 2 сочетанное поражение печени вирусом гепатита С и туберкулезной интоксикацией. По данным РСЭС, заболеваемость туберкулезом имеет тенденцию к снижению, как в РК, так и в г. Алматы (таблица 1).

Таблица 1 - Показатели заболеваемости туберкулезом по данным РСЭС

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
РК	140,35	126,98	121,65	108,63	91,20	83,62	75,14	75,14
Алматы	64,32	61,43	67,9	70,43	61,80	59,94	57,28	53,48

II по данным ГКИБ им. И.С.Жекеновой

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Алматы	11,6	13,7	14,1	10,4	14,7	14,2	7,69	12,5

Сбор анамнеза жизни выявил наличие в прошлом туберкулеза у 5 больных с прохождением специфической терапии. В 2 случаях был контакт в семье с больными туберкулезом. Следовательно, в большинстве случаев (53 пациента) имело место первичное инфицирование.

Выводы. Суммируя анализ диагностических ошибок на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи пациентам, во всех случаях можно выделить ведущий симптом заболевания – высокая и длительная лихорадка, не соответствующая по длительности, характеру и высоте температурной кривой минимальности симптомам интоксикации ЦНС, типичных тем инфекционным диагнозам, которые были выставлены врачами ПМСП. На фоне длительной лихорадки не развивались те синдромы и осложнения, которые типичны для инфекционной патологии. Особо хотелось отметить, что группой риска для инфицирования туберкулезом, являются мужчины молодого возраста, не имеющие постоянного места работы, и немаловажным фактом является заболеваемость среди пациентов юного возраста. Врачам ПМСП

необходимо владеть принципами ранней диагностики и дифференциальным диагнозом инфекционных болезней со смежными дисциплинами. Необходимо помнить, что наряду с инфекционными диареями, встречаются поносы неинфекционной природы и обусловленные интоксикацией. Отчетливо представляя симптомы гриппа, острых респираторных вирусных и бактериальных заболеваний, можно избежать диагностических ошибок. Выставляя диагноз лихорадочного заболевания, необходимо учитывать характер, длительность, высоту лихорадки, характер органических поражений. Обязательны для всех инфекционных заболеваний эпидемиологические предпосылки: сезонность, контакт с больным или скотом и грызунами, парентеральные вмешательства, пребывание в странах ближнего и дальнего зарубежья, эндемичных по тем или иным инфекционным заболеваниям (1,2). Любые длительные лихорадочные заболевания подразумевают в первую очередь рентгенологическое обследование органов грудной клетки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Соринсон С.Н. Инфекционные болезни в поликлинической практике. СПб.: «Гиппократ», 1993 – 214 с.
2. Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. Л.: «Медицина», 1991 – 164 с.

З.И. СУЛЕЙМЕНОВА¹, А.А. ЕРГАЛИЕВА², А.М. САДЫКОВА², Е.Р. ХВАН²

¹*Қазақтың үздіксіз білім беру медициналық университеті*

²*С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті*

ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ЖҰҚПАЛЫ БЕТПЕРДЕСІ

Түйін: Жұқпалы аурулардың клиникалық және эпидемиологиялық ерте диагностикасы, тек адекватты ем үшін ғана емес, эпидемияға қасры шаралар жүргізу үшін да маңызды. Емханалық қызметтегі дәрігерлер науқасты жан жақты сұрастыру, және клиникалық лабораторлық зерттеулердің қорытындыларын дұрыс қарап бағалау өте маңызды.

Түйінді сөздер: туберкулез, қызба, жөтел, тершендік.

Z.I. SULEIMENOVA¹, A.A. YERGALIYEVA², A.M. SADYKOVA², E.P. HWANG²

¹*Kazakh Medical University Continuing Education*

²*Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov*

INFECTIOUS TUBERCULOSIS MASKS

Resume: Early diagnosis of infectious diseases is based on clinical and epidemiological data, which allows not only to carry out adequate therapy, and anti-epidemic measures. Doctors outpatient services and it is important to comprehensively evaluate the results of the survey, examination of the patient and the results of clinical laboratory tests.

Keywords: tuberculosis, fever, cough, sweating