

**Т.А. Руженцова\***

ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОД МАСКОЙ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

**Резюме**

В статье представлен случай запоздалой диагностики туберкулеза, развившегося на фоне хронического бронхита, у мужчины 67 лет.

**Ключевые слова:** туберкулез, пневмония, плевральный выпот, плеврит, кашель.

**Abstract**

We provide a description of clinical case of late diagnosis of tuberculosis in 67 years old male with chronic bronchitis.

**Key words:** tuberculosis, pneumonia, pleural effusion, pleuritis, cough.

Туберкулез нередко диагностируется запоздало, особенно у лиц с выраженными фоновыми изменениями легких. Развивающийся процесс зачастую сложно увидеть при выраженном пневмосклерозе. Специфичные клинические симптомы отсутствуют. Кашель, повышение температуры тела, потливость, слабость, плохой аппетит могут наблюдаться при различных заболеваниях, в том числе ранее диагностированных у пациента.

Привожу клинический пример несвоевременного выявления туберкулеза легких.

Мужчина А., 67 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на першение в горле, усиление кашля с небольшим количеством мокроты сероватого цвета, повышение температуры тела до 37,8°C, потливость.

Анамнез настоящего заболевания. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 2 дней. Самостоятельно не лечился.

Из анамнеза жизни. Более 10 лет страдает гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, перенес инфаркт миокарда 9 лет назад. Регулярно принимает назначенные препараты. Курит более 50 лет, выкуривает около 20 сигарет в день. В течение примерно 25 лет беспокоит кашель, преимущественно по утрам, с небольшим количеством мокроты. Аллергических реакций не отмечал.

Пенсионер, постоянно проживает в Москве, социально-бытовые условия благополучные. В семье

6 человек, на момент обращения, со слов пациента, инфекционными заболеваниями никто не болен. В течение нескольких лет неоднократно выезжал в Азербайджан к родственникам, последний раз 2 месяца назад.

При осмотре участковым терапевтом (на 2-й день от момента появления жалоб): состояние удовлетворительное. Температура тела 37,6°C. Кожные покровы немного бледные. Лимфатические узлы увеличены в передне-шейной группе до 1,5 см. Зев умеренно гиперемирован, миндалины не визуализируются. При аускультации легких дыхание жесткое, ослабленное, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, 80 ударов в минуту, систолический шум умеренной интенсивности в проекции аортального клапана. Артериальное давление — 145/70 мм рт. ст. Живот мягкий, границы печени в пределах нормы, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание — в норме. Менингеальных симптомов нет. Предварительный диагноз: ОРВИ. Назначено орошение горла раствором антисептика (гексорал) 2 раза в день, арбидол 100 мг по 2 капсулы 4 раза в сутки, амброксол 30 мг 3 раза в сутки, теплое питье, эффералган 500 мг при повышении температуры тела более 38°C.

При повторном осмотре участковым терапевтом (на 6-й день от момента появления жалоб): сохраняется выраженная потливость, кашель усилился, температура тела повышается до 39°C. Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 38,6°C. Кожные покровы влажные. Лимфати-

\*Контакты. E-mail: ruzhencova@gmail.com. Телефон: +7 (903) 784-41-72

ческие узлы увеличены в передне-шейной группе до 1,5 см. Зев слабо гиперемирован, миндалины не визуализируются. При аускультации легких дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах, больше справа, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, 84 удара в минуту, систолический шум умеренной интенсивности в проекции аортального клапана. Артериальное давление — 138/68 мм рт. ст. Живот мягкий, границы печени в пределах нормы, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание — в норме. Менингеальных симптомов нет. Диагноз: ОРЗ, острая правосторонняя пневмония — ? Назначено дополнительное обследование: рентгенография легких, анализ крови клинический. Терапия скорректирована: арбидол заменен на амоксицилина клавуланат 875+125 мг 2 раза в сутки, орошение горла раствором антисептика (гексорал) 2 раза в день, эффералган 500 мг при повышении температуры тела более 38°C.

В анализе крови клиническом (7-е сутки от момента появления жалоб): гемоглобин — 124 г/л, лейкоциты —  $7,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы — 4%, сегментоядерные нейтрофилы — 75%, лимфоциты — 8%, моноциты — 12%, эозинофилы — 1%, СОЭ — 5 мм/ч.

Мокроту для анализа пациент собрать не смог из-за малого её количества.

Рентгенография легких (7-е сутки от момента появления жалоб): инфильтрат в нижней доле правого легкого.

На 9-е сутки от момента появления жалоб (4-е сутки от начала антибактериальной терапии) в связи с сохранением повышенной температуры тела, отсутствием положительной динамики, с учетом данных анализа крови и рентгенографии легких (подтверждением диагноза пневмония неуточненной этиологии), амоксицилина клавуланат заменен на цефтриаксон 1,0 гр 2 раза в сутки внутримышечно.

На 13-е сутки от момента появления жалоб (8-е сутки от начала антибактериальной терапии) самочувствие ухудшилось: выражена слабость, отсутствие аппетита, потливость, головные боли, кашель и лихорадка сохраняются. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,4°C. Зев обычной окраски. Лимфатические узлы увеличены в перед-

не-шейной группе до 2 см. В легких дыхание жесткое ослабленное, больше справа в нижних отделах, там же выслушиваются крепитирующие хрипы в небольшом количестве. Частота сердечных сокращений — 98 ударов в минуту, артериальное давление — 130/70 мм рт. ст.

Терапия скорректирована: добавлен кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки.

На 17-е сутки от момента появления жалоб состояние без положительной динамики, появились боли в нижних отделах грудной клетки справа, кашель с увеличением количества мокроты беловато-сероватого цвета (примерно до 80 мл за сутки). При осмотре состояние средней тяжести, частота дыхательных движений — 22 в минуту, аускультативно — без существенных изменений, частота сердечных сокращений — 96 в минуту. Цефтриаксон и кларитромицин заменены на левофлоксацин 500 мг внутривенно 1 раз в сутки.

На 21-е сутки от момента появления жалоб состояние по-прежнему без улучшения. Лихорадка, выраженная слабость, потливость, головные боли, боли в нижних отделах грудной клетки справа сохраняются. В мокроте пациент отмечает небольшое количество прожилок крови.

Пациент направлен на консультацию фтизиатра. На повторной рентгенограмме — правосторонняя нижнедолевая плевропневмония. По результатам проведенного анализа мокроты обнаружена палочка Коха. Назначен комплекс противотуберкулезной терапии. При дальнейшем наблюдении — через 10 дней положительная динамика, температура тела стойко нормальная, лечение продолжено под наблюдением фтизиатра.

Таким образом, приведенный пример показывает сложность диагностики туберкулеза, возможность его течения под маской острого респираторного заболевания у пациентов с хронической патологией легких. Неэффективность проводимой стандартной терапии должна быть поводом для обследования с целью исключения туберкулезной этиологии.

Ⓐ

*Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.*