

Роль інвазивних методів у разі помилок у диференційній діагностиці туберкульозу легень і плеври: клінічні приклади

М.С. Опанасенко, О.В. Терешкович, В.І. Лисенко, Л.І. Леванда, М.Ю. Шамрай, О.Д. Шестакова
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

Конфлікт інтересів: відсутній

ОБҐРУНТУВАННЯ. Диференційна діагностика між неспецифічними захворюваннями легень і плеври й туберкульозом (ТБ) цих органів є актуальною проблемою. За даними низки авторів, частота помилкової діагностики ТБ становить 34-40 %. Складнощі диференційної діагностики ТБ легень (плеври) та неспецифічних захворювань легень виникають здебільшого при ексудативному та казеозному запаленні легеневої тканини.

Використання різного виду хірургічних втручань – як діагностичних, так і лікувальних – забезпечує ширший спектр різноманітних лабораторних досліджень, особливо коли питання стосується диференційної діагностики ТБ. Зокрема, при виконанні оперативного втручання можливо отримати біопсійний матеріал, який надалі можна направити на патогістологічне, молекулярно-генетичне та бактеріологічне дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Представлено два клінічні випадки, в яких за підозри на специфічне запалення в легенях і плеврі ми застосовували всі вищезазначені методи лабораторної діагностики резекційного біопсійного матеріалу при виконанні оперативних втручань.

ВИСНОВКИ. Такий підхід забезпечує об'єктивне морфологічне й біологічне виявлення мікобактерій ТБ, а також дає змогу визначити чутливість до протитуберкульозних препаратів I та II ряду, що в підсумку допомагає встановити правильний діагноз і призначити ефективну схему лікування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: туберкульоз легень, неспецифічні захворювання легень, диференційна діагностика, хірургічне втручання, біопсійний матеріал.

The role of invasive methods in errors in the differential diagnosis of tuberculosis of the lungs and pleura: clinical examples

M.S. Opanasenko, O.V. Tereshkovych, V.I. Lysenko, L.I. Levanda, M.Yu. Shamrai, O.D. Shestakova

SI "National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after F.G. Yanovsky of the NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Conflict of interest: none

BACKGROUND. Differential diagnosis between non-specific diseases of the lungs and pleura and tuberculosis (TB) of these organs is an urgent problem. According to a number of authors, the frequency of false diagnosis of TB is 34-40 %. Difficulties in the differential diagnosis of pulmonary TB (pleura) and non-specific diseases of the lungs and pleura arise in most cases with exudative and caseous inflammation of the lung tissue.

The use of various types of surgical interventions, both diagnostic and therapeutic, provides a greater range of conducting various laboratory tests, especially when this issue may be related to the differential diagnosis of TB. Thus, during surgical intervention, it is possible to obtain biopsy material, which can be sent for pathological, molecular genetic and bacteriological research.

MATERIALS AND METHODS. Two clinical cases are presented, in which, due to suspicion of specific inflammation in the lungs and pleura, we used all the above-mentioned methods of laboratory diagnosis of resection biopsy material during surgical interventions.

CONCLUSIONS. This approach provides objective morphological and biological detection of Mycobacterium tuberculosis, and also makes it possible to determine the sensitivity to 1st and 2nd line antituberculosis drugs, which ultimately helps to establish the correct diagnosis and prescribe an effective treatment scheme.

KEY WORDS: pulmonary tuberculosis, non-specific lung diseases, differential diagnosis, surgical intervention, biopsy material.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Диференційна діагностика між неспецифічними захворюваннями легень (НЗЛ) і плеври й туберкульозом (ТБ) цих органів є актуальною проблемою. Різноманітність можливих клінічних і рентгенологічних проявів НЗЛ і ТБ легень часто зумовлює встановлення неправильного первинного діагнозу. За даними низки авторів, частота помилкової діагностики ТБ становить 34-40 %. При цьому спостерігається як гіпо-, так і гіпердіагностика [1].

У хворих із симптомами запальних захворювань легень і плеври диференційна діагностика має проводитися якісно з урахуванням епідеміологічної ситуації щодо ТБ. Складнощі диференційної діагностики ТБ легень (плеври) та НЗЛ виникають здебільшого при ексудативному та казеозному запаленні легеневої тканини [2].

При проведенні диференційної діагностики потрібно враховувати анамнестичні дані, особливості клінічної картини захворювання, застосовувати мікробіологічні, рентгенологічні, інструментальні й інші методи дослідження. Доцільно звертати увагу на локалізацію запального процесу в легенях і плеврі. Для інфільтративного ТБ легень переважно характерним є ураження 1-го, 2-го та 6-го сегментів, а для пневмонії – 3-го, 4-го, 5-го, 7-го, 8-го, 9-го та 10-го [3]. Проте слід пам'ятати, що локалізація процесу в легенях чи плевральній порожнині є тільки опосередкованою діагностичною ознакою [4].

Використання різного виду хірургічних втручань – як діагностичних, так і лікувальних – забезпечує ширший спектр різноманітних лабораторних досліджень, особливо коли питання стосується диференційної діагностики ТБ. Зокрема, при виконанні оперативного втручання можливо отримати біопсійний матеріал, який надалі можна направити на патогістологічне, молекулярно-генетичне (МГ) та бактеріологічне дослідження.

За результатами, представленими в наукових публікаціях останніх років, відомо, що хірургічному лікуванню підлягають хворі з ураженням легень і плеври. Це, по-перше, зумовлено тривалим хронічним, часто торпідним, перебігом таких форм туберкульозного ураження легень. По-друге, за таких форм практично завжди можна виявити персистентні *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ), які можуть надалі спричиняти активацію туберкульозного процесу. По-третє, гістологічна перебудова легеневої паренхіми має свої особливості, а саме масивні розростання сполучнотканинних волокон із формуванням капсули навколо туберкульозних змін [5]. Морфологічне дослідження резектатів легень і плеври з туберкульозним ураженням забезпечує об'єктивне біологічне визначення ступеня активності специфічного запального процесу, оскільки не існує чіткої кореляції динаміки клініко-рентгенологічних показників з активністю ТБ за морфологічними ознаками [6].

На сьогодні виявлення МБТ бактеріологічним методом із різного біологічного матеріалу можливо за допомогою посіву на щільні поживні середовища та методу в системі ВАСТЕС MGIT 960, які є досить тривалими в часі отримання результату [7]. Також ці методи при виявленні ТБ дають змогу визначити чутливість до протитуберкульозних препаратів (ПТП) I та II ряду, що надалі допомагає зробити висновок про ефективність терапії, а в деяких випадках призначити нову ефективну схему лікування згідно з даними тесту медикаментозної чутливості МБТ.

Існують швидкі методи МГ-визначення МБТ та її резистентності, за допомогою яких виявляють мутації в бактерії

до ПТП I та II ряду, що застосовуються в більшості практичних лабораторій світу, – тести медикаментозної чутливості (ТМЧ) [8]. Для забезпечення потреб у швидкому визначенні МБТ та її чутливості до ПТП I та II ряду використовують методи GeneXpert (Xpert MTB/Rif та Xpert MTB/XDR) [9, 10].

У нашій клініці за підозри на специфічне запалення в легенях і плеврі ми застосовували всі вищезазначені методи лабораторної діагностики резекційного біопсійного матеріалу при виконанні оперативних втручань.

Клінічний випадок № 1

Пацієнт Б. надійшов до пульмонологічного відділення ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» (НІФП НАМН України) зі скаргами на сильну задишку під час фізичного навантаження, кашель із виділенням білого мокротиння, тахікардію, загальну слабкість.

Зі слів хворого, погіршення стану помітив у березні 2022 р., коли з'явилася сильна задишка. За даними комп'ютерної томографії (КТ) органів грудної порожнини (ОГП), наявні явища саркоїдозу органів дихання та внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Хворий був консультований у сімейного лікаря, котрий призначив Серетид 50/250 мкг 1 вдих 2 рази. На тлі лікування покращення не помітив, після чого з метою обстеження та лікування звернувся до ДУ «НІФП НАМН України».

З анамнезу життя відомо, що хворів на ТБ у 2011 р., профілактичні огляди проходив давно.

Об'єктивно: загальний стан під час надходження середнього ступеня тяжкості. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Тони серця ритмічні, приглушені. Аускультативно дихання жорстке, наявні сухі свистячі хрипи білатерально, перкуторно ясний легеневий тон.

За результатами КТ ОГП білатерально в легенях, полісегментарно визначаються ділянки посилення та сітчастої деформації легеневого малюнку через ущільнення міжчасточкових перегородок; вузликова дисемінація середньої та слабкої інтенсивності з тенденцією до злиття; парасептальні були, локалізовані в кортикальних відділах. Лімфатичні вузли межистіння та коренів легень менші за 10 мм, не збільшені. **Висновок:** наявні КТ-ознаки гіперсенситивного пульмоніту (рис. 1).

Мікроскопія мокротиння на кислотостійкі палички МБТ. За даними спірометрії наявне дуже різке зниження всіх показників за змішаним типом. Дихальна недостатність 3 ступеня.

На основі комплексного клінічного обстеження встановлено діагноз: хронічне обструктивне захворювання легень, IV стадія, дуже тяжкий перебіг, група D, фаза загострення; емфізема легень; дифузний пневмосклероз; дихальна недостатність 3 ступеня; гіперсенситивний пульмоніт.

Хворому призначено глюкокортикоїди, антибактеріальну, муколітичну та бронхолітичну терапію. На тлі лікування загальний стан покращився, хворий у стані ближче до задовільного виписаний зі стаціонара з поліпшенням.

Через місяць на тлі амбулаторного прийому призначеного лікування стан хворого знову погіршився, з'явилися задишка при незначному фізичному навантаженні, малопродуктивний кашель, загальна слабкість, утома. **Хворий повторно госпіталізований до НІФП із таким діагнозом:** хронічний гіперсенситивний пульмоніт, фаза прогресивного

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

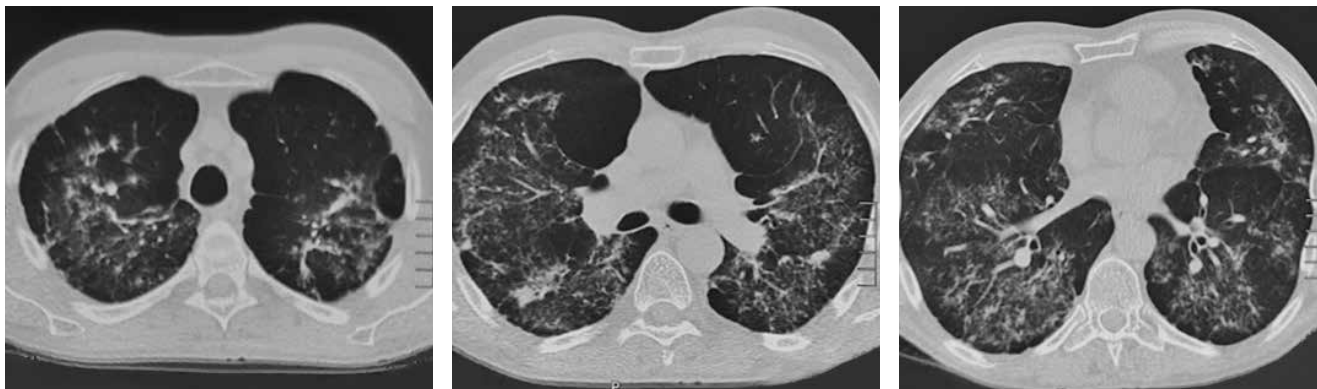


Рис. 1. КТ ОГП пацієнта Б. при першій госпіталізації: на серії зрізів білатерально, полісегментарно в легенях визначаються ділянки посилення й сітчастої деформації легеневого малюнку, вузликова дисемінація середньої та слабкої інтенсивності, парасептальні були. КТ-ознаки гіперсенситивного пульмоніту

легеневого фіброзу; хронічне обструктивне захворювання легень, III стадія, тяжкий перебіг, група С, ф. н/ремісії; легенева недостатність 3 ступеня; парасептальні були в кортикальних відділах обох легень.

Проведено КТ ОГП: білатерально в легенях, полісегментарно визначаються ділянки посилення та сітчастої деформації легеневого малюнку через ущільнення міжчасточкових перегородок; вузликова дисемінація середньої та слабкої інтенсивності з тенденцією до злиття; парасептальні були, локалізовані в кортикальних відділах. Висновок: КТ-ознаки гіперсенситивного пульмоніту, порівняно з попереднім обстеженням рентген-картина стабільна (рис. 2).

Хворому виконано фібробронхоскопію (ФБС): слизова оболонка трахеї, доступних огляду бронхів обох легень дифузно гіперемована; просвіти бронхів обох легень заповнені зліпками в'язкого гнійно-слизового секрету, більше справа; тонус бронхів значно знижений.

Мікроскопія мокротиння та промивних вод бронхів на кислотостійкі палички МБТ.

На тлі призначеної антибактеріальної, муколітичної та бронхолітичної терапії та глюкокортикоїдів загальний стан поліпшився, на контрольній ФБС відзначено виражену позитивну динаміку: значно зменшилися кількість і щільність

секрету. Хворий у стані ближче до задовільного з поліпшенням виписаний зі стаціонара, надано рекомендації.

Через 2 місяці загальний стан значно погіршився, почали турбувати сильна задишка при фізичному навантаженні, кашель із виділенням слизово-гнійного мокротиння, тахікардія, загальна слабкість, безсоння, схуднення.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості – тяжкий. Аускультативно зліва дихання жорстке, справа не прослуховується; наявна велика кількість сухих свистячих хрипів зліва, перкуторно тимпанічний відтінок справа.

За даними ФБС, трахея й доступні огляду бронхи обох легень вільно прохідні, шпора біфуркації трахеї звичайної форми та розмірів, відзначається помірна гіперемія слизової оболонки бронхів, судинний малюнок невиразний, помірна кількість в'язкого слизового секрету. Висновок: двобічний дифузний бронхіт 1 ступеня інтенсивності запалення.

Виконано КТ ОГП: праворуч паренхіма зменшена в об'ємі, колабована повітрям на 1/3 свого об'єму; білатерально в легенях, полісегментарно визначаються ділянки сітчастої деформації легеневого малюнку через ущільнення міжчасточкових перегородок; вузликова дисемінація середньої та слабкої інтенсивності з тенденцією до злиття; парасептальні були, локалізовані в кортикальних відділах. КТ-ознаки правобічного



Рис. 2. КТ ОГП пацієнта Б. при другій госпіталізації: на серії зрізів білатерально в легенях, полісегментарно визначаються ділянки посилення й сітчастої деформації легеневого малюнку, вузликова дисемінація середньої та слабкої інтенсивності, парасептальні були. КТ-ознаки гіперсенситивного пульмоніту, порівняно з попереднім обстеженням рентген-картина стабільна

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

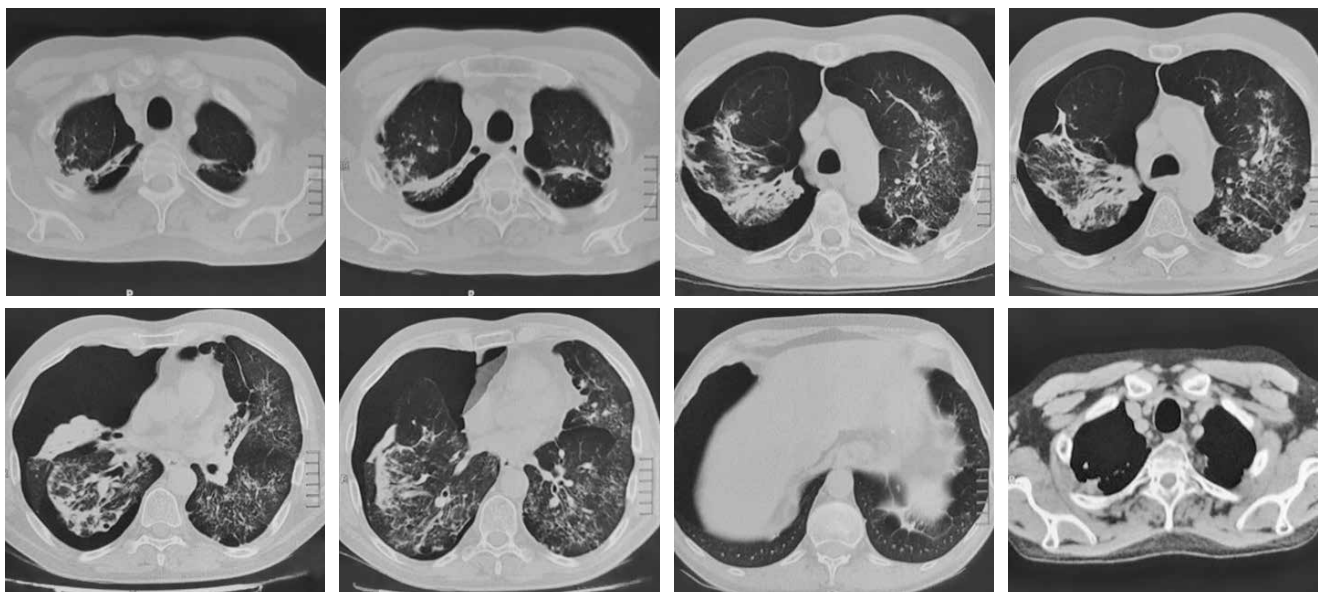


Рис. 3. КТ ОГП пацієнта Б. при третій госпіталізації: на серії зрізів праворуч паренхіма зменшена в об'ємі, колабована повітрям на 1/3 свого об'єму; білатерально в легенях, полісегментарно визначаються ділянки посилення й сітчастої деформації легеневого малюнку, вузликова дисемінація середньої та слабкої інтенсивності, парасептальні були. КТ-ознаки правобічного пневмотораксу, гіперсенситивного пульмоніту

пневмотораксу, гіперсенситивного пульмоніту. Порівняно з попереднім КТ-обстеженням візуалізується повітря в плевральній порожнині (рис. 3).

За результатами КТ ОГП хворий консультований торакальним хірургом, встановлено діагноз правобічного спонтанного пневмотораксу, після чого пацієнта перевели до хірургічного відділення, де йому було виконано дренування правої плевральної порожнини за Бюлау.

Після дренування загальний стан покращився, значно зменшилася задишка, скид повітря дренажем припинився. На контрольній рентгенограмі (РГ) ОГП права легень розправлена, прозора, в правій плевральній порожнині дренажна трубка.

До пацієнта на консультацію викликали фтизіатра. **Висновок:** згідно з даними КТ ОГП визначається вогнищева дисемінація середньої та слабкої інтенсивності з тенденцією до злиття. Зважаючи на тяжкий стан пацієнта, з метою

виключення туберкульозного процесу рекомендовано виконати біопсію легень з подальшим направленням операційного матеріалу на бактеріологічне дослідження МБТ і МГ-дослідження методом Gene Xpert (Xpert MTB/RIF Ultra).

Пацієнту проведено VATS-біопсію правої легень. Інтраопераційно при ревізії в плевральній порожнині виявлено 50 мл серозного ексудату, парієтальна плевра інфільтрована, гіперемована, на легені наявні були різних розмірів. Під час інструментальної пальпації виявлено ділянку ущільнення паренхіми легень з дисемінацією. За допомогою послідовного накладання ендостеплера виконано біопсію паренхіми легень з дисемінацією.

За даними МГ-дослідження операційного матеріалу встановлено резистентність МБТ до H, R, Am, Km, Cm і чутливість до Q, Et.

Відповідно до результатів патогістологічного дослідження в біопсійному матеріалі представлено фрагмент легень

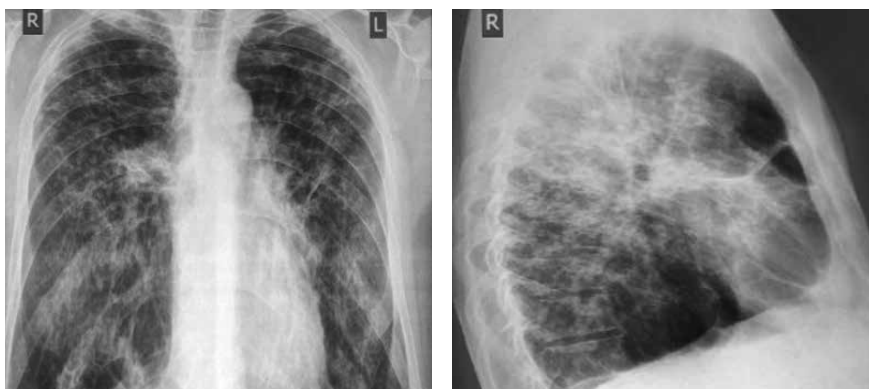


Рис. 4. РГ ОГП пацієнта Б. після оперативного втручання, стан після VATS-біопсії правої легень: легень розправлена, прозора; рідина в плевральній порожнині не визначається; зміни в паренхімі обох легень попередні

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

з морфологічними ознаками туберкульозного ураження вісцеральної плеври. Власне в паренхімі виявляються осередки пневмонічних змін із виразним геморагічним компонентом, вогнище являє собою продуктивно-некротичну грануломатозну туберкульозну пневмонію (численні близько розташовані епітеліоїдноклітинні гранульоми з центральним некрозом), так званий інфільтративно-казеозний варіант туберкульозної пневмонії. **Висновок:** гематогенний ТБ легень, фаза активності специфічного запалення, ТБ вісцеральної плеври.

Після отримання результатів вищезазначених досліджень хворий повторно консультований фтизіатром, встановлено діагноз: ТБ із множинною лікарською стійкістю (19.01.2023) обох легень (дисемінований), МБТ+, МО, МГ+, Риф. +, К у роботі, рТМЧ резист. I+ (H, R) II+ (Am, Km, Cm), резист. - (Q, Et), фТМЧ 0, гіст. у роботі, ког. 1 (2023). **Призначено лікування:** моксифлоксацин 0,4 + бедаквілін 0,4 щодня протягом 2 тижнів, потім 0,2 × 3 рази на тиждень (понеділок, середа, п'ятниця) + лінезолід 0,6 + даламанід 0,1 × 2 рази на день (уранці й увечері) + циклосерин 0,75 щодня.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, дренажі видалили, на тлі призначеної специфічної хіміотерапії хворий відзначив покращення загального стану, на контрольній РГ ОГП легень розправлена, прозора, рідина в плевральній порожнині не визначається (рис. 4). Хворий у стані ближче до задовільного з поліпшенням переведений із хірургічного до фтизіатричного відділення для подальшого лікування.

Клінічний випадок № 2

Пацієнтка М. надійшла до відділення хірургічного лікування ТБ та НЗЛ, ускладнених гнійно-септичними інфекціями, зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,0 °С, загальну слабкість, підвищену пітливість, задишку під час фізичного навантаження, сухий кашель, періодичне серцебиття, втрату 10 кг маси тіла за останні 3 місяці.

З анамнезу хвороби відомо, що першочергові скарги на біль у горлі з'явилися у вересні 2022 р., хвора звернулася до сімейного лікаря, котрий призначив лікування, на тлі якого стан погіршився, з'явилися задишка та підвищення температури тіла до 38,0 °С. Проведено РГ ОГП – виявлено зміни в лівій половині грудної клітки, КТ ОГП – виявлено лівобічний субтотальний гідроторакс, ателектаз нижньої частки, вузликову тінь у S6 зліва, після чого хвору госпіталізували до відділення торакальної хірургії обласної клінічної лікарні, де їй виконали дренування лівої плевральної порожнини, відеоторакоскопічну санацію, часткову декортикацію лівої легені, біопсію парієтальної плеври зліва (біопсійний матеріал направлено лише на патогістологічне дослідження). За результатами патогістологічного дослідження, тканина плеври помірно потовщена та представлена розростаннями специфічних грануляцій із численними, переважно в тонкій фіброзній капсулі, епітеліоїдноклітинними гранульомами; в деяких із гранульом визначався центральний некротичний некроз; у гранульомах помірна кількість гігантських багатоядерних клітин переважно типу Пирогова – Ланганса; в тканині плеври спостерігалися скупчення фібринових мас із клітинним детритом. **Висновок:** морфологічна картина свідчить про хронічний ТБ плеври, фаза активності, потрібна консультація фтизіатра, встановлено діагноз: уперше діагностований ТБ – ВДТБ (10.2022) плеври (лівобічний плеврит),

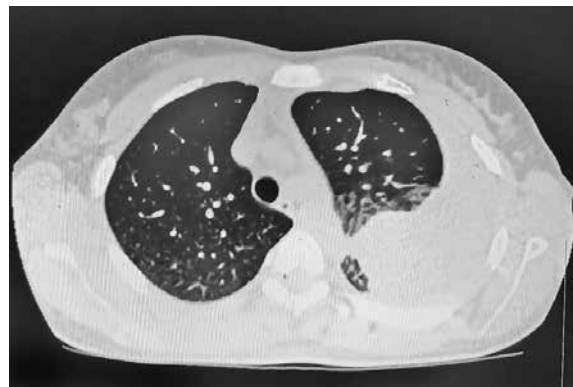


Рис. 5. КТ ОГП пацієнтки М. на початку хвороби: ознаки лівобічного субтотального гідротораксу, ателектазу нижньої частки лівої легені, вузликової тині в S6 зліва

МБТ-, М-, К-, гіст. +, кат. 1, ког. 4 (2022). Хвора переведена до протитуберкульозного диспансеру, де їй призначено ПТП I ряду (рис. 5).

Під час лікування хвора відзначала підвищену температуру тіла до 37,5 °С, задишку під час фізичного навантаження. На контрольних РГ ОГП на тлі специфічної терапії ПТП I ряду зберігалася явище лівобічного гідротораксу, через що пацієнтка повторно госпіталізована до торакального відділення, де їй 3 рази виконували плевральні пункції й 1 раз – дренування лівої плевральної порожнини (рис. 6). На тлі проведеного лікування загальний стан незначно покращився, хвора переведена до фтизіатричного стаціонара.

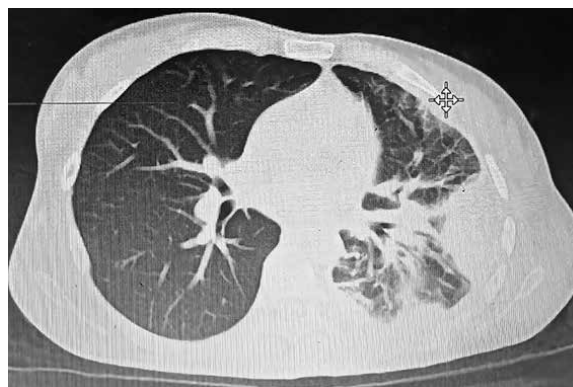


Рис. 6. КТ ОГП пацієнтки М. при повторній госпіталізації до відділення торакальної хірургії обласної лікарні: визначаються ділянки осумкування ексудату зліва, вогнищево-інфільтративні зміни в паренхімі легень відсутні

Після отримання 90 доз ПТП I ряду (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол) проведено контрольні РГ ОГП й ультразвукове дослідження (УЗД) ОГП, у хворой знову виявлено лівобічний гідроторакс. Пацієнтка направлена на консультацію до НІФП.

Амбулаторний висновок фтизіатра: з урахуванням анамнезу (лікується з приводу ТБ плеври з кінця жовтня 2022 р., виконано діагностичну біопсію плеври, 3 рази – лікувальну пункцію, 1 раз – дренування лівої плевральної порожнини,

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

переносимість хіміопрепаратів задовільна), гістологічного висновку щодо біоптату плеври (активний ТБ плеври), клініко-рентгенологічних даних (на КТ ОГП визначаються ділянки осумкування ексудату зліва, вогнищево-інфільтративні зміни в паренхімі легень відсутні), висновку УЗД лівої плевральної порожнини (по середній і задній лініях зліва в реберно-діафрагмальному синусі візуалізуються осумкування розмірами 8,3×4,4 см із неоднорідним умістом (велика кількість фібрину), невелика кількість рідини розмірами від 9 до 17 мм, під час сканування по лопатковій лінії визначається осумкування розмірами 45×18 мм із неоднорідним густим умістом (фібрин), обидва осумкування пов'язані між собою, плевра ущільнена та потовщена), пацієнтка має лівобічний ексудативний плеврит туберкульозної етіології, фаза розсмоктування (торпідна динаміка). У промивних водах бронхів, плевральній рідині кислотостійкі палички МБТ не виявлено. Хворій установлено діагноз ВДТБ (10.2022) плеври (лівобічний ексудативний плеврит, фаза розсмоктування, торпідна динаміка), МБТ, М, МГ, К0, резист. 0, гіст. +, кат. 1, ког. 4. (2022).

Пацієнтці рекомендовано спостереження фтизіатра за кат. 1, продовжити інтенсивну фазу основного курсу хіміотерапії до 3 місяців, до лікування додати левофлоксацин, стимулювальну терапію (Медрол 8 мг щодня після сніданку

№ 30), дихальну гімнастику, плавання, масаж грудної клітки. Контроль РГ ОГП й УЗД ОГП у динаміці.

На тлі корегованої схеми лікування загальний стан знову погіршився, хвора звернулася до НІФП, де була консультована фтизіатром, торакальним хірургом, після чого госпіталізована до відділення хірургічного лікування ТБ та НЗЛ, ускладнених гнійно-септичними інфекціями, НІФП із діагнозом: ВДТБ (10.2022) плеври (лівобічний рецидивний плеврит), МБТ, М, К, гіст. +, кат. 1, ког. 4 (2022). Шкірна нориця грудної клітки зліва.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня тяжкості, грудна клітка зліва відстає в акті дихання. Аускультативно дихання везикулярне справа, зліва ослаблене, в нижніх відділах не прослуховується, перкуторно виявляється притуплення, хрипи відсутні. У ділянці переднього післяопераційного рубця зліва наявна шкірна нориця, з якої виділяється гнійний ексудат.

У НІФП хворій виконано VATS-санацію лівої плевральної порожнини, під час якої виявлено 1000 мл гнійного ексудату, котрий було аспіровано, множинні гнійно-фібринозні осумкування, котрі роздренували та видалили, норичний хід сполучався з плевральною порожниною. Виконано часткову декортикацію лівої легені, біопсію парієтальної плеври,

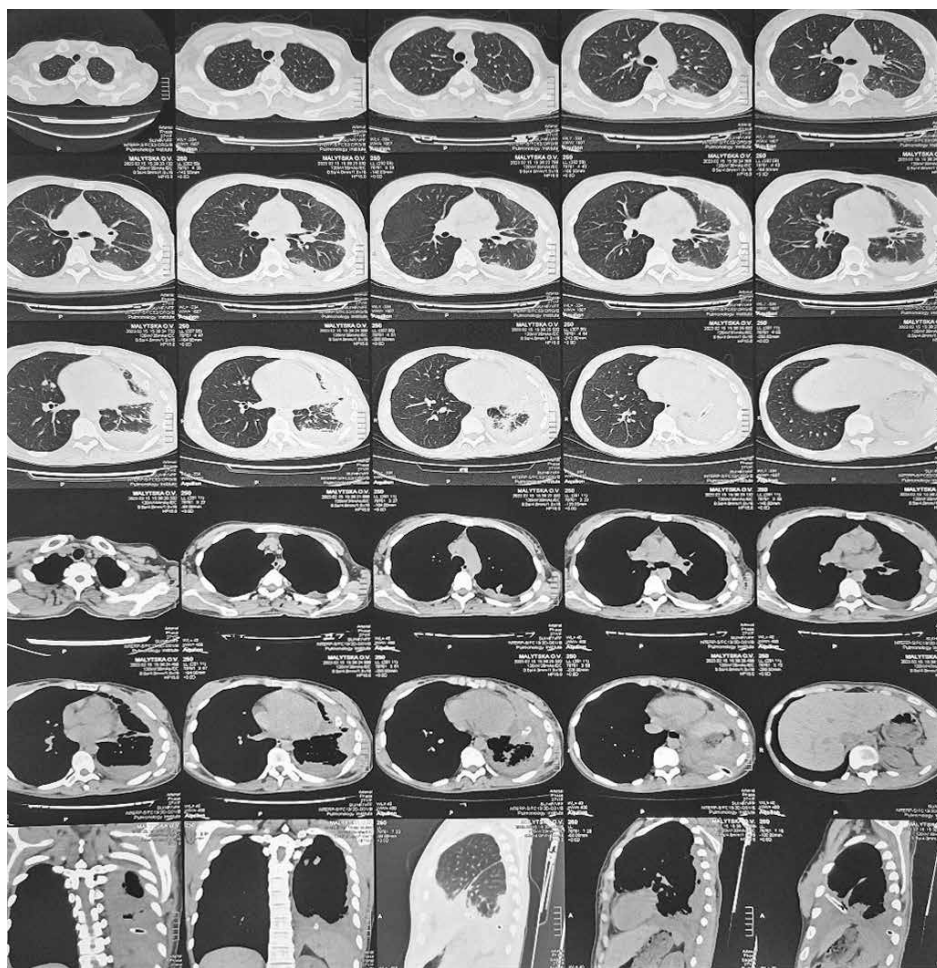


Рис. 7. КТ ОГП пацієнтки М. після оперативного втручання в НІФП: паренхіма повністю розправлена, купол діафрагми ліворуч підтягнутий до верху, деформований плевральними швартами, в плевральній порожнині виявляється плевральний випіт із товщиною шару від 5 до 23 мм, поодинокими пухирцями повітря, дренажами. Значно потовщена костальна плевра. КТ-ознаки лівобічного плевального випоту з тенденцією до осумкування й організації

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

висічення плевроторакальної нориці. Плевральна порожнина санована антисептиком, дренована двома дренажами типу Редон. Операційний, біопсійний матеріал парієтальної плеври направлений на МГ, патогістологічне та бактеріологічне дослідження. За результатами МГ-дослідження Gene Xpert MTB XDR операційного матеріалу виявлено резистентність до R, H, Q, Et.

Висновок патогістологічного дослідження: тканина плеври представлена розростаннями специфічних грануляцій (поверхневий шар) із численними, переважно некротизованими, епітеліоїдноклітинними гранульомами. Некрози типу казеозного та некробіозу. У гранульомах спостерігаються гігантські багатоядерні клітини типу Пирогова – Лангханса. Дифузно-вогнищева лімфоїдноклітинна інфільтрація. Великі фокуси переважно некрозу типу казеозного, менше – некробіозу. У глибокому шарі серед розростань оформленої сполучної тканини також визначаються епітеліоїдноклітинні гранульоми з гігантськими багатоядерними клітинами. Фрагмент шкіри з норицевим ходом: у дермі визначається хронічний гранульоматозний епітеліоїдноклітинний запальний процес. Гігантські багатоядерні клітини одиночні в гранульомах. У глибокому шарі дерми спостерігається великий фокус казеозного некрозу. Підсумок: активний ТБ плеври, специфічна плевроторакальна нориця.

Після отримання результатів лабораторних досліджень операційного матеріалу хвора консультована фтизіатром, встановлено діагноз: ТБ із преширокою лікарською стійкістю (02.2023) плеври (лівобічний рецидивний плеврит), МБТ+, М-, МГ+, Риф. +, К у роботі, гТМЧ+ (R, H, Q, Et), фТМЧ 0, гіст. +, рецидив, ког. 1 (2023). Специфічна емпієма лівої плевральної порожнини. Специфічна плевроторакальна нориця грудної клітки ліворуч. Призначено терапію препаратами II ряду за схемою: бедаквілін 0,2 + лінезолід 0,6 + претоманід 0,2 щодня.

Після оперативного лікування виконано контрольну КТ ОГП, за даними якої паренхіма повністю розправлена, в об'ємно зменшеній паренхімі в S3, язичкових у всіх відділах обох легень вогнищево-інфільтративних, об'ємних процесів не виявлено, трахея та великі бронхи вільно прохідні, в межистинні та коренях легень лімфатичні вузли не збільшені, купол діафрагми ліворуч підтягнутий до верху, деформований плевральними швартами. У плевральній порожнині виявляється плевральний випіт із товщиною шару в нижньолатеральних відділах від 5 до 23 мм, поодинокими пухирцями повітря, дренажами. Значно потовщена костальна плевра. Висновок: КТ-ознаки лівобічного плеврального випоту з тенденцією до осумкування й організації. Стан після оперативного втручання (рис. 7).

На тлі призначеного лікування загальний стан поліпшився, дренажі видалено, хвора в стані ближче до задовільного після хірургічного етапу лікування переведена до профільного фтизіатричного відділення НІФП.

Висновки

Диференційна діагностика між НЗЛ та ТБ є актуальною проблемою. Різноманітність можливих клінічних і рентгенологічних проявів НЗЛ та ТБ легень часто зумовлює встановлення неправильного первинного діагнозу. Потрібно враховувати анамнестичні дані, особливості клінічної картини, застосовувати мікробіологічні, рентгенологічні, інструментальні й інші методи дослідження.

Використання різного виду хірургічних втручань у диференційній діагностиці НЗЛ та ТБ забезпечує отримання біопсійного матеріалу, який надалі направляється на патогістологічне, МГ- і бактеріологічне дослідження. Це забезпечує об'єктивне морфологічне й біологічне виявлення МБТ, а також дає змогу визначити чутливість до ПТП I та II ряду, що в підсумку допомагає встановити правильний діагноз і призначити ефективну схему лікування.

Література

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.Г., Чернеховская Н.Е. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких и пневмонии. *Пневмония*. 2002; 280-309.
2. Чучалин А.Г. Бактериальные пневмонии. *Пульмонология: национальное руководство*. 2009; 191-256.
3. Фещенко Ю.И. Внебольничная пневмония. *Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов дыхания*. 2007; 69-85.
4. Недлінська Н.М., Ячник В.А. Диференційна діагностика негоспітальної пневмонії із затяжним перебігом і туберкульозу легень: клінічний випадок. *Укр. пульмонол. журн*. 2010; 3: 67-70.
5. Лисенко В.І., Ліскіна І.В., Опанасенко М.С., Загаба Л.М. Результати патогістологічного дослідження операційного матеріалу з визначенням ступеня морфологічної активності туберкульозного процесу та клінічна картина хворих із туберкульозом після VATS операцій. *Матеріали першого міжнародного морфологічного симпозиуму «Новітні досягнення клінічної анатомії й оперативної хірургії в розвитку сучасної медицини і стоматології»*. 2022; 68-69.
6. Суркова Л.К., Дюсюмкеєва М.И. Остро прогрессирующий туберкулез легких: морфологические и бактериологические особенности. *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2003; 3: 32-35.
7. Ліскіна І.В. Гістологічна діагностика ступеня активності туберкульозного запального процесу при туберкуломах легень. – Київ: ДУ «НІФП НАМНУ», 2010. – С. 4.
8. Фещенко Ю.І., Журило О.А., Барбова А.І. Лабораторна діагностика туберкульозної інфекції. *ВСВ «Медицина»*. 2019; 304.
9. Global tuberculosis report. Geneva: WHO, 2017. 249 p. Available at: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf.
10. Журило О.А. Використання методу Xpert MTB/XDR в алгоритмі лабораторної діагностики туберкульозу для швидкого виявлення випадків мультирезистентного туберкульозу та туберкульозу з розширеною резистентністю в Україні. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2022; 1 (48): 44-52.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ / INFORMATION ABOUT AUTORS

Опанасенко Микола Степанович

Завідувач відділення торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України».

Д-р мед. наук, професор.

10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, Україна.

ORCID iD: orcid.org/0000-0003-4071-2005

Терешкович Олександр Володимирович

Старший науковий співробітник відділення торакальної хірургії та інвазивних методів діагностики ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України».

Канд. мед. наук.

10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, Україна.

ORCID iD: orcid.org/0000-0002-7202-295X

Лисенко Володимир Ігорович

Лікар-хірург відділення хірургічного лікування туберкульозу і неспецифічних захворювань легень, ускладнених згнійно-септичними інфекціями, ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України».

10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, Україна.

ORCID iD: orcid.org/0000-0001-9226-0173

Леванда Лариса Іванівна

Завідувачка відділення анестезіології ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України».

10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, Україна.

ORCID iD: orcid.org/0000-0002-6302-2296

Шамрай Максим Юрійович

Лікар-анестезіолог відділення анестезіології ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України».

10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, Україна.

ORCID iD: orcid.org/0000-0002-3997-8204

Шестакова Олександра Дмитрівна

Лікар-анестезіолог відділення анестезіології ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України».

10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, Україна.

ORCID iD: orcid.org/0000-0002-4393-5864

References

1. Chuchalyn A.G., Sinopalnikov A.G., Chernekhovskaya N.E. Differential diagnosis of pulmonary tuberculosis and pneumonia. *Pneumonia*. 2002; 280-309.
2. Chuchalyn A.G. Bacterial pneumonia. *Pulmonology: national guide*. 2009; 191-256.
3. Feshchenko Yu.I. Out-of-hospital pneumonia. *Rational diagnosis and pharmacotherapy of respiratory diseases*. 2007; 69-85.
4. Nedlinska N.M., Yachnyk V.A. Differential diagnosis of community-acquired pneumonia with a protracted course and pulmonary tuberculosis: a clinical case. *Ukr. pulmonol. journal*. 2010; 3: 67-70.
5. Lysenko V.I., Liskina I.V., Opanasenko M.S., Zagaba L.M. The results of the pathohistological examination of the operative material with the determination of the degree of morphological activity of the tuberculosis process and the clinical picture of patients with tuberculosis after VATS operations. *Materials of the first international morphological symposium "The latest achievements of clinical anatomy and operative surgery in the development of modern medicine and dentistry"*. 2022; 68-69.
6. Surkova L.K., Dyusmykeeva M.I. Acutely progressive pulmonary tuberculosis: morphological and bacteriological features. *Problems of tuberculosis and lung diseases*. 2003; 3: 32-35.
7. Liskina I.V. Histological diagnosis of the degree of activity of the tuberculous inflammatory process in pulmonary tuberculomas. Kyiv: SI "NIPP NAMSU". 2010. P. 4.
8. Feshchenko Yu.I., Zhurylo O.A., Barbova A.I. Laboratory diagnosis of tuberculous infection. *VSV "Medicine"*. 2019; 304.
9. Global tuberculosis report. Geneva: WHO, 2017. 249 p. Available at: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf.
10. Zhurylo O.A. Use of the Xpert MTB/XDR method in the algorithm of laboratory diagnosis of tuberculosis for rapid detection of cases of multidrug-resistant tuberculosis and tuberculosis with extended resistance in Ukraine. *Tuberculosis, lung diseases, HIV infection*. 2020; 1 (48): 44-52.

Опанасенко Микола Степанович

Head of the department of thoracic surgery and invasive diagnostic methods, SI "National institute of phthysiology and pulmonology named after F.G. Yanovsky of the NAMS of Ukraine".

MD, professor.

10, M. Amosova st., Kyiv, 03038, Ukraine.

ORCID iD: orcid.org/0000-0003-4071-2005

Терешкович Олександр Володимирович

Senior researcher, department of thoracic surgery and invasive methods of diagnostics, SI "National institute of phthysiology and pulmonology named after F.G. Yanovsky of the NAMS of Ukraine".

PhD.

10, M. Amosova st., Kyiv, 03038, Ukraine.

ORCID iD: orcid.org/0000-0002-7202-295X

Лисенко Володимир Ігорович

Surgeon of the department of surgical treatment of tuberculosis and nonspecific lung diseases complicated by purulent-septic infections, SI "National institute of phthysiology and pulmonology named after F.G. Yanovsky of the NAMS of Ukraine".

10, M. Amosova st., Kyiv, 03038, Ukraine.

ORCID iD: orcid.org/0000-0001-9226-0173

Леванда Лариса Іванівна

Head of the department of anesthesiology, SI "National institute of phthysiology and pulmonology named after F.G. Yanovsky of the NAMS of Ukraine".

10, M. Amosova st., Kyiv, 03038, Ukraine.

ORCID iD: orcid.org/0000-0002-6302-2296

Шамрай Максим Юрійович

Anesthetist of the department of anesthesiology, SI "National institute of phthysiology and pulmonology named after F.G. Yanovsky of the NAMS of Ukraine".

10, M. Amosova st., Kyiv, 03038, Ukraine.

ORCID iD: orcid.org/0000-0002-3997-8204

Шестакова Олександра Дмитрівна

Anesthetist of the department of anesthesiology, SI "National institute of phthysiology and pulmonology named after F.G. Yanovsky of the NAMS of Ukraine".

10, M. Amosova st., Kyiv, 03038, Ukraine.

ORCID iD: orcid.org/0000-0002-4393-5864

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ / CORRESPONDENCE TO

Опанасенко Микола Степанович

10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, Україна.

E-mail: opanasenko@ifp.kiev.ua

DOI: [10.32902/2663-0338-2023-2-28-35](https://doi.org/10.32902/2663-0338-2023-2-28-35)