

В.В. Данцев, В.В. Иванов, В.Г. Карпущенко,
Р.Д. Мучаидзе, М.А. Харитонов,
В.П. Кицышин, Ю.Н. Шитов

Проблемы дифференциальной диагностики туберкулеза легких и внебольничной пневмонии у военнослужащих

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. На этапе первичной медико-санитарной помощи больным туберкулезом часто устанавливается неправильный диагноз. Наиболее актуальной является проблема дифференциальной диагностики туберкулеза легких и внебольничной пневмонии. Рассматриваются особенности клинических проявлений, лабораторных показателей и рентгенологической картины туберкулеза легких и внебольничной пневмонии у военнослужащих. Атипичные клиничко-рентгенологические проявления обоих заболеваний отмечаются более чем в 20% случаев. При туберкулезе легких острое начало заболевания имело место у 55% больных, повышение температуры тела до фебрильных цифр – у 40%, нижнедолевая локализация поражения – у 30%. У больных внебольничной пневмонией в 25% случаев выявлен контакт по туберкулезу в анамнезе, в 55% – верхнедолевая локализация процесса, в 60% – неоднородный характер инфильтрации, в 30% – очаговые тени в окружающей легочной ткани. Частота этиологической верификации диагноза составила 20% при туберкулезе и 10% при внебольничной пневмонии, что требует внедрения современных микробиологических и молекулярно-генетических методов идентификации патогенных микроорганизмов в военно-медицинских лечебных учреждениях. В целом, при лечении внебольничной пневмонии у военнослужащих необходимо добиваться максимального разрешения участков инфильтрации легочной ткани, проявлять фтизиатрическую настороженность. При длительном сохранении участков консолидации, фиброза и уплотнения легочной ткани – привлекать врачей смежных специальностей (фтизиатров, торакальных хирургов) и использовать высокотехнологичные методы диагностики. Минимизировать ошибки диагностики позволяет комплексная оценка результатов обследования с обязательным анализом рентгеновского архива, выявлением факторов повышенного риска заболевания туберкулезом, тщательным изучением клинических проявлений, результатов лабораторных исследований и рентгенологической картины в динамике.

Ключевые слова: военнослужащие, туберкулез легких, внебольничная пневмония, дифференциальная диагностика, атипичные проявления, рентгенологическая картина, этиологическая диагностика.

Введение. Дифференциальная диагностика – процесс постановки правильного диагноза в сложных случаях, когда имеется сходство клиничко-рентгенологических проявлений различных заболеваний. Несмотря на стремительное развитие медицинских технологий, повышающих эффективность инструментальных и лабораторных методов обследования, проблема дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии (ВП) и туберкулеза легких остается актуальной для широкого круга специалистов, занимающихся лечением пациентов с патологией органов дыхания [6, 9].

Национальная стратегия борьбы с туберкулезом в Российской Федерации (РФ) традиционно нацелена на преобладание активного выявления заболевания с помощью регулярного флюорографического обследования как у населения страны в целом, так и в организованных коллективах. Несмотря на это, высоким остается процент больных туберкулезом, выявляемых «по обращению», то есть, лиц обратившихся с симптомами бронхолегочной патологии в лечебные учреждения общей сети. Доля таких случаев составляет более 50%, что требует от врачей общесоматических отделений сохранения «фтизиатрической настороженности» [2, 17].

По мнению большинства авторов [9, 10, 12, 18], в дифференциальной диагностике ВП и туберкулеза, помимо результатов инструментальных и лабораторных исследований, важную роль играет тщательное изучение жалоб и анамнеза заболевания. Для пневмонии характерно более острое начало, сильнее выражены симптомы интоксикации, чаще имеют место озноб, насморк, герпетические высыпания на губах, проявления тонзиллита и бронхита. При подозрении на туберкулез помимо характеристики начала заболевания, важно выяснить, болел ли пациент туберкулезом ранее, состоял ли в контакте с больными, сроки и результаты предшествующего рентгенологического обследования и туберкулинодиагностики.

В связи с многообразием клиничко-рентгенологических вариантов туберкулеза легких на этапе первичной медико-санитарной помощи почти в 40% случаев устанавливается неверный диагноз. Основными причинами позднего выявления туберкулеза легких в учреждениях общей лечебной сети являются: неполный сбор анамнеза; неадекватная интерпретация клинических проявлений заболевания; неправильная трактовка рентгенологических изменений легких и их динамики; отсутствие или однократное исследование

мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) по Цилю – Нельсену; невыполнение фибробронхоскопии; тяжелые фоновые заболевания и сопутствующая патология [6, 15, 16].

Помимо увеличения сроков лечения и реабилитации, поздняя диагностика нередко становится причиной обширных остаточных фиброзно-склеротических изменений легочной ткани как при туберкулезе, так и при пневмонии [4, 7, 16].

В военно-медицинских лечебных учреждениях, по данным Всеармейского регистра, диагноз туберкулеза военнослужащим Министерства обороны РФ устанавливается в среднем через 21 день стационарного лечения в общесоматических отделениях. Чаще всего с диагнозами острый бронхит, пневмония и острое респираторное заболевание (ОРЗ) такие больные поступают на лечение в терапевтические, пульмонологические и инфекционные отделения. После перевода в туберкулезное отделение у 20% больных выявляют бактериовыделение. Несвоевременное выявление туберкулеза ведет к поздней изоляции эпидемиологически опасного больного и, как следствие, инфицированию большого числа окружающих, в том числе и медицинских работников [2].

Для медицинских учреждений РФ минимальный перечень обследования больного с подозрением на туберкулез установлен Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом» [13]. Данным документом в обязательном порядке рекомендуется выполнение рентгенологического исследования органов грудной клетки, общего анализа крови, исследования мокроты на КУМ методом микроскопии трехкратно.

Национальным Руководством «Фтизиатрия» [17] предусмотрен более широкий объем обследования, включающий сбор жалоб и анамнеза заболевания, физикальное обследование, общие анализы крови и мочи, рентгенологическое исследование органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях, микроскопическое исследование на КУМ трех образцов мокроты, окрашенных по Цилю – Нельсену. При наличии возможности рекомендуется проведение туберкулинодиагностики.

Клиническая практика показывает, что примерно в 60–65% случаев выполнение такого «диагностического минимума» позволяет подтвердить или исключить диагноз туберкулеза у пациента с бронхолегочной патологией. Если вышеперечисленные мероприятия не позволили установить правильный диагноз, целесообразно назначение дополнительных методов обследования. К ним относятся: расширенная лучевая диагностика (линейная томография, компьютерная томография органов грудной полости с контрастированием или без, сцинтиграфия легких); молекулярно-генетические методы обнаружения специфических и неспецифических инфекционных агентов; бронхоскопия с биопсией и лаважем с последующим цитологическим, гистологическим и микробиологическим

исследованием. Всем пациентам при медленном разрешении пневмонической инфильтрации, наличии в плевральной полости лимфоцитарного экссудата, а также лицам, имеющим остаточные посттуберкулезные (в том числе спонтанно излеченные) изменения в легких, рекомендуется консультация фтизиатра [3, 12, 20].

Современные подходы к обследованию больных с подозрением на туберкулез предусматривают выполнение компьютерной томографии, молекулярно-генетических методов выявления молекул дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) микобактерий туберкулеза (МБТ), пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в условиях любой муниципальной медицинской организации, что в ближайшей перспективе потребует их соответствующего оснащения.

Выполнение комплекса дополнительных исследований позволяет своевременно установить диагноз туберкулеза легких еще у 20–25% пациентов. В остальных случаях, когда, несмотря на проводимые лечебные мероприятия, положительной рентгенологической динамики достичь не удастся, а МБТ в мокроте при многократном исследовании различными методами не определяются, установить правильный диагноз позволяет только терапия *ex iuvantibus* и гистологическое исследование полученного различными методами биопсийного материала [5, 6, 8, 18]. При этом не следует забывать о возможных случаях сочетания ВП и туберкулеза, которые также встречаются в клинической практике.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку особенностей клинического течения и результатов лабораторных и инструментальных методов обследования при ВП и инфильтративном туберкулезе легких у военнослужащих МО РФ.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели проанализированы истории болезни 40 военнослужащих МО РФ, переведенных из терапевтических и инфекционных отделений военно-лечебных учреждений соответствующего региона в туберкулезное отделение 1469 Военно-морского клинического госпиталя (ВМКГ) г. Североморска. Больные переводились для исключения активного туберкулеза в связи медленным разрешением пневмонической инфильтрации в легких. В последующем у 20 больных был установлен диагноз активного туберкулеза – 1 группа наблюдения, а 20 больных были выписаны из отделения с диагнозом «состояние после перенесенной ВП» – 2 группа. В качестве контрольной группы (КГ) оценивались клиничко-рентгенологические и лабораторные показатели у больных ВП нетяжелого течения, после 2-недельного лечения в 1-й клинике (терапии усовершенствования врачей – ТУВ-1) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМА) (30 человек).

В исследование включались военнослужащие, проходящие службу по призыву, а также рядовые и сержанты контрактной службы в возрасте до 30 лет. В ходе исследования анализировались: жалобы,

анамнез заболевания, анамнез жизни; клинические анализы крови и мочи; биохимические анализы крови с определением трансаминаз, глюкозы, билирубина, общего белка и белковых фракций, С-реактивного белка (СРБ), фибриногена; общие анализы мокроты; микроскопическое исследование мокроты на МБТ; данные рентгенологического и томографического обследования в динамике.

Полученные материалы были сгруппированы в базы данных, составленные в электронных таблицах «Excel». Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета программ «Statistika 6».

Результаты и их обсуждение. Жалобы и анамнез заболевания в целом соответствовали данным литературы [10, 18] (табл. 1). Острое начало заболевания чаще имело место у больных 2-й группы – 14 (70%) человек, против 11 (55%) человек в 1-й группе. Кроме того, больные 2-й группы чаще предъявляли жалобы на озноб – 7 (35%) человек, против 4 (20%) человек в 1-й группе, и катаральные явления (насморк, першение в горле, осиплость голоса) – 10 (50%) человек во 2-й группе, против 7 (35%) человек в 1-й группе. По всем оцениваемым критериям показатели 2-й и КГ достоверно не различались. Жалобы на боли в грудной клетке с одинаковой частотой (10%) отмечались во всех группах.

Таблица 1

Характеристика жалоб и анамнеза заболевания, абс. (%)

Показатель	Группа		
	1-я	2-я	КГ
Особенности начальных проявлений заболевания:			
– острое начало	11 (55)	14 (70)	25 (83,3)
– озноб	4 (20)	7 (35)	13 (43,3)
– катаральные явления	7 (35)	10 (50)	16 (53,3)
– боли в грудной клетке	2 (10)	2 (10)	3 (10,0)
– повышение температуры тела выше 38 °С в дебюте заболевания	8 (40)	16 (80)	25 (83,3)
Контакт по туберкулезу	4 (20)	5 (25)	4 (13,3)

У 8 (40%) больных 1-й группы в дебюте заболевания имело место повышение температуры тела выше 38°C, что нехарактерно для инфильтративного туберкулеза. По нашему мнению, это может быть связано с молодым возрастом и высокой реактивностью организма обследованных пациентов или с выявлением бессимптомно текущего туберкулеза в связи с присоединением ОРЗ. Среди обследованных пациентов лиц, перенесших ранее туберкулез, не оказалось, однако контакт по туберкулезу в анамнезе имел место как у больных 1-й группы – 4 (20%) человека, так и у 5 (25%) человек во 2-й группе и 4 (13,3%) человек КГ.

Большинство авторов [5, 18] отмечает, что общее состояние больных ВП при поступлении в стационар

обычно более тяжелое, чем при туберкулезе, ярче выражены перкуторные и аускультативные проявления «синдрома уплотнения легочной ткани».

После 2-недельного курса лечения (табл. 2) влажные хрипы чаще сохранялись у больных 2-й и КГ – у 3 (15%) человек и 8 (26,6%) человек соответственно, против 1 (5%) в 1-й группе. Притупление перкуторного тона также реже выявлялось у больных 1-й группы.

Таблица 2

Данные объективного обследования и лабораторных исследований, абс. (%)

Показатель	Группа		
	1-я	2-я	КГ
Частота аускультации влажных хрипов	1 (5)	3 (15)	8 (26,6)
Притупление перкуторного тона	2 (10)	2 (20)	7 (23,3)
Температура тела, °С	37,5±0,5	37,6±0,5	37,7±0,7
СОЭ, мм/ч	18,5±1,2*	10,8±1,6	15,5±1,3
Содержание лейкоцитов, ×10 ⁹ /л	8,9±0,7	8,5±0,8	9,2±3,6
Частота лейкоцитоза	7 (35)	6 (30)	12 (36,6)
Сдвиг формулы влево	1 (5)	5 (25)	7 (23,3)
Частота лимфоцитопении	3 (15)	2 (10)	2 (6,6)
СРБ, мг/л	5,5±0,9**	13,3±0,9	14,6±1,1
Частота повышения СРБ	4 (20)	10 (50)	13 (43,3)
Фибриноген, г/л	4,8±0,4	4,7±0,3	5,3±0,8
Частота повышения уровня трансаминаз	6 (30)	0	0

Примечание: СОЭ – скорость оседания эритроцитов:

* – различия между 1-й и 2-й группами; ** – между 1-й и КГ, $p < 0,05$.

Средние значения температуры тела у больных 1-й группы составили 37,5±0,5°C и достоверно не отличались от показателей 2-й – 37,6±0,5°C и КГ – 37,7±0,7°C ($p > 0,05$).

О.Н. Дейкина с соавт. [5, 6] указывают на то, что изменения в общем анализе крови могут выявляться при обоих заболеваниях, однако высокий лейкоцитоз со сдвигом в лейкоцитарной формуле влево более характерен для пневмонии. Нами показано, что умеренно-выраженный лейкоцитоз после 2-недельной терапии примерно с одинаковой частотой встречался во всех группах: у 7 (35%) больных 1-й группы, 6 (30%) – 2-й группы и 12 (36,6%) – КГ. Средние значения содержания лейкоцитов в периферической крови составили 8,9±0,7×10⁹/л, 8,5±0,8×10⁹/л и 9,2±3,6×10⁹/л соответственно. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево чаще имел место при ВП: у 5 (25%) человек во 2-й и 7 (23,3%) человек КГ, против 1 (5%) больного туберкулезом. Лимфоцитопения выявлена у 3 (15%) человек 1-й группы, 2 (10%) человек 2-й группы и 2 (6,6%) человек КГ.

Среднее значение СОЭ у больных 1-й группы составило 18,5±1,2 мм/ч и оказалось достоверно выше,

чем во 2-й группе – $10,8 \pm 1,6$ мм/ч ($p < 0,05$), однако достоверно не отличалось от показателей контрольной группы – $15,5 \pm 1,3$ мм/ч. Более высокие показатели СОЭ у больных 1-й группы можно объяснить тем, что после проведения курса неспецифической антибактериальной терапии при ВП гематологические показатели нормализуются в большей степени, чем при туберкулезе.

Повышение содержания СРБ чаще имело место при ВП, средние значения данного показателя составили $13,3 \pm 0,9$ мг/л во 2-й группе и $14,6 \pm 1,1$ мг/л в КГ, что достоверно ($p < 0,05$) превышало показатели больных туберкулезом – $5,5 \pm 0,9$ мг/л. Среднее содержание фибриногена у больных 1-й группы составило $4,8 \pm 0,4$ г/л и достоверно не отличалось от показателей 2-й группы – $4,7 \pm 0,3$ г/л и КГ – $5,3 \pm 0,8$ г/л.

J.J. Yeh et al. [20] отмечают перспективность оценки уровня прокальцитонина в крови, который достоверно выше у больных с ВП, при этом чувствительность и специфичность пробы выше, чем оценка различий содержания СРБ и интерлейкина (ИЛ) - 10 при ВП и туберкулезе.

Выявлено, что у 6 (30%) больных военнослужащих контрактной службы из 1-й группы отмечалось повышение уровня трансаминаз, чего не было отмечено у пациентов 2-й и КГ. Такой результат может быть связан со злоупотреблением алкоголем, которое, как известно, является фактором, повышающим риск заболевания туберкулезом.

Из-за низкого охвата туберкулинодиагностикой, оценить состояние специфической аллергии у обследованных пациентов не удалось, однако результаты ряда авторов [1, 11, 14] свидетельствуют о том, что даже современные методики (проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным и квантифероновый тест) показывают отрицательный результат у больных туберкулезом в 20–25 и 10–15% случаев соответственно.

Рентгенологическое отображение туберкулезного инфильтрата характеризуется локализацией преимущественно в области 1-го, 2-го и 6-го легочных сегментов, неоднородной (очаговой) структурой, наличием деструктивных изменений и очаговых теней вокруг основного фокуса и в других отделах легкого. При пневмонии изменения чаще локализируются в базальных сегментах нижней доли, участок затенения имеет неправильную форму, расплывчатые контуры, постепенно переходящие в нормальную легочную ткань. Характер теней при пневмонии менее интенсивный и более гомогенный, отсутствуют очаговые включения. Отточная «дорожка» от тени инфильтрата к корню легкого, как отражение воспалительных перибронхиальных и периваскулярных изменений, чаще наблюдается при туберкулезе [5, 6, 10].

Нехарактерная (нижнедолевая) локализация поражения была выявлена у 6 (30%) больных туберкулезом, в 3 (15%) случаях участки инфильтрации имели гомогенную структуру. При анализе рентгенологического архива у 4 (20%) больных 1-й группы был выявлен пропуск патологии (табл. 3).

Таблица 3
Результаты рентгенологического обследования больных, абс. (%)

Показатель	Группа		
	1-я	2-я	КГ
Верхнедолевая локализация	14 (70)	11 (55)	7 (23,3)
Нижнедолевая локализация	6 (30)	9 (45)	23 (76,6)
Гомогенная инфильтрация	3 (15)	8 (40)	9 (30)
Неоднородная инфильтрация	17 (85)	12 (60)	21 (70)
Очаговые тени	17 (85)	6 (30)	5 (16,6)
Пропуск патологии при профилактическом обследовании	4 (20)	–	–

Из атипичных рентгенологических проявлений ВП обращало на себя внимание наличие инфильтративных изменений с преимущественно верхнедолевой локализацией у 11 (55%) человек во 2-й и 7 (23,3%) человек в КГ, неоднородный характер инфильтрации – у 12 (60%) человек и 21 (70%) человек, очаговые тени в окружающей легочной ткани – у 6 (30%) человек и 5 (16,6%) человек соответственно. По нашему мнению, частая верхнедолевая локализация поражения у больных 2-й группы может быть связана с «фтизиатрической настороженностью» врачей, предпочитающих переводить в туберкулезные отделения лиц с медленно разрешающейся инфильтрацией уже после первого рентгеновского контроля.

Дополнительное назначение компьютерной томографии (КТ) не всегда позволяет избежать диагностических ошибок. Нередко участки остаточных инфильтративных изменений, локального фиброза, усиления легочного рисунка, выявленные при КТ, ошибочно трактуются рентгенологами как туберкулезные очаги. Нами показано, что наличие выраженных остаточных изменений, визуализируемых только при КТ и не определяемых на обзорной рентгенограмме, свидетельствует в пользу ВП. Это обусловлено тем, что участки разрешающейся пневмонии имеют более низкую плотность по сравнению с гранулематозным туберкулезным воспалением, всегда отображающимся на обзорной рентгенограмме.

У 4 (20%) больных 1-й группы в мокроте были выявлены МБТ. Такой показатель этиологической верификации диагноза, следует признать низким, однако и другими исследователями были получены аналогичные результаты [5]. У больных 2-й группы при микробиологическом исследовании мокроты на неспецифическую флору патогенные возбудители были выявлены у только у 2 (10%) человек (табл. 4).

При фибробронхоскопии у больных 1-й группы изменений, характерных для специфического поражения бронхов, не выявлено. Исследование на МБТ жидкости бронхоальвеолярного лаважа не позволило увеличить частоту положительных результатов по сравнению с исследованием нативной мокроты.

В настоящее время молекулярно-генетические методы определения ДНК МБТ становятся все более

Таблица 4

Результаты микробиологического исследования мокроты на неспецифическую микрофлору и МБТ (микроскопия и посев), абс. (%)

Группа	Возбудитель не выявлен	Условно-патогенные возбудители	Патогенные возбудители
1-я	14 (70)	<i>Streptococcus viridians</i> – 6 (30)	Неспецифические возбудители – (0) МБТ – 4 (20)
2-я	10 (50)	<i>Streptococcus viridians</i> – 8 (40)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> – 2 (10)
КГ	10 (33,3)	<i>Streptococcus viridians</i> – 17 (56,6)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> – 3 (10)

доступными в специализированных учреждениях МЗ РФ, что значительно повысило частоту этиологической верификации туберкулеза. Назрела острая необходимость повсеместного внедрения данных исследований и в алгоритм обследования пациентов туберкулезных отделений военно-медицинских лечебных учреждений.

Кроме того, выявление неспецифических патогенных микроорганизмов в мокроте является признаком нехарактерным для туберкулеза и играет важную роль при проведении дифференциальной диагностики с ВП. К сожалению, попытка выделения патогенных возбудителей методом посева лишь в 10% случаев приводила к положительному результату, как в условиях туберкулезного отделения 1469 ВМКГ г. Североморска, так и в клинике ТУВ-1 ВМА.

Применение полимеразной цепной реакции (ПЦР) и иммуноферментного анализа (ИФА) для выявления бактериальных и вирусных агентов (табл. 5) позволяет значительно повысить частоту этиологического подтверждения диагноза.

При исследовании мокроты больных с ВП нетяжелого течения, используя ПЦР, частота выявления бактериальных возбудителей составила 76,7%, в отличие

от 10% при микробиологическом исследовании. У 30% больных при использовании ИФА крови была подтверждена вирусно-бактериальная этиология ВП.

Выводы

1. Более 20% военнослужащих больных инфильтративным туберкулезом легких и ВП имеют атипичные клинко-рентгенологические проявления заболевания, затрудняющие проведение дифференциальной диагностики.

2. В связи с недостаточной частотой этиологической верификации диагноза, составившей 20% при туберкулезе и 10% при ВП, целесообразно рекомендовать широкое внедрение современных микробиологических и молекулярно-генетических методов идентификации ДНК МБТ и возбудителей ВП в военно-медицинских лечебных учреждениях.

3. При лечении ВП у военнослужащих необходимо добиваться максимального разрешения участков инфильтрации легочной ткани, проявлять фтизиатрическую настороженность. При длительном сохранении участков консолидации, фиброза и уплотнения легочной ткани – привлекать врачей смежных специальностей (фтизиатров, торакальных хирургов) и использовать высокотехнологичные методы диагностики.

4. Минимизировать ошибки диагностики позволяет комплексная оценка результатов обследования с обязательным анализом рентгеновского архива, выявлением факторов повышенного риска заболевания туберкулезом, тщательным изучением клинических проявлений, результатов лабораторных исследований и рентгенологической картины в динамике.

Литература

- Александрова, Н.И. Опыт использования препарата диаскинтест в дифференциальной диагностике туберкулеза у взрослых / Н.И. Александрова, Е.А. Торкатюк // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом. – СПб., 2011. – С. 132–133.
- Безносик, Р.В. Проблемные вопросы и задачи, стоящие перед фтизиатрами Вооруженных сил Российской Федерации / Р.В. Безносик // Акт. вопр. воен. фтизиатрии: сб. научн. тр. – М., 2014. – Т. 5. – С. 6–9.
- Борисов, С.Е. Выявление и диагностика туберкулеза / С.Е. Борисов, В.Ю. Мишин, В.А. Аксенова // Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2007. – № 11. – С. 47–63.
- Визель, А.А. Туберкулез / А.А. Визель, М.Э. Гурьева / под ред. М.И. Перельмана. – М., 1999. – 123 с.
- Дейкина, О.Н. Дифференциальная диагностика пневмонии и туберкулеза легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Н. Дейкина. – М., 2005. – 25 с.
- Дейкина, О.Н. Проблемы дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии и туберкулеза легких в общесоциальном стационаре / О.Н. Дейкина, В.Ю. Мишин, А.Г. Малявин // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 4. – С. 122–123.
- Диагностика, лечение и профилактика внебольничных пневмоний тяжелого течения у военнослужащих: методические рекомендации / под. ред. А.Н. Бельских. – СПб.: ВМА, 2014. – 60 с.
- Диагностика и химиотерапия туберкулеза органов дыхания: пособие для врачей / под. ред. М.И. Перельмана. – М.: Медицина и жизнь. – 2003. – 48 с.

Таблица 5

Результаты этиологической диагностики у больных ВП нетяжелого течения по данным ПЦР и ИФА, абс. (%)

Исследование мокроты, (ПЦР)	Исследование крови, (ИФА)
<i>S. pneumoniae</i> – 13 (43,3)	Аденовирусы – 5 (16,6)
<i>H. influenzae</i> – 4 (13,3)	Респираторно-синцитиальный вирус – 3 (10)
<i>M. pneumoniae</i> – 4 (13,3)	Вирус гриппа подтип А (H1N1) – 1 (3,3)
<i>S. aureus</i> – 2 (6,6)	Наличие 2–3 вирусов – 1 (3,3)
Не обнаружены – 7 (23,3)	

9. Кривонос, П.С. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких и пневмоний в амбулаторных условиях / П.С. Кривонос, В.Л. Крыжановский // Мед. панорама. – 2010. – № 12. – С. 39–40.
10. Мишин, В.Ю. Дифференциальная диагностика внебольничной пневмонии и туберкулеза легких / В.Ю. Мишин, О.Н. Дейкина, Н.В. Назарова // Consilium medicum. – 2004. – Т. 6. – С. 232–238.
11. Морозов, И.А. Туберкулин 2 ТЕ ППД-Л и препарат диаскин-тест у здоровых и больных туберкулезом лиц молодого возраста / И.А. Морозов [и др.] // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом. – СПб., 2011. – С. 223–224.
12. Нонилов, В.Е. Внебольничные пневмонии: дифференциальная диагностика с туберкулезом легких и антибактериальная терапия / В.Е. Нонилов, Г.В. Щербакова // Клин. фармакология и терапия. – 2013. – № 5. – С. 11–15.
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом» // Росс. газета – 2013. № 6066. – 25 апреля.
14. Рогова, З.И. Дифференциальная диагностика туберкулеза и заболеваний органов дыхания с использованием QUANTIFERON-TB GOLD IT / З.И. Рогова, Е.М. Скрыгина, В.В. Солодовникова // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом. – СПб., 2011. – С. 238–239.
15. Рубинштейн, Г.Р. Дифференциальная диагностика заболеваний легких / Г.Р. Рубинштейн. – М.: Медгиз, 1954. – 628 с.
16. Туберкулез: руководство для врачей / под. ред. А.Г. Хоменко. – М., 1998. – 493 с.
17. Фтизиатрия: национальное руководство / под. ред. М.И. Перельмана. – М., 2007. – 506 с.
18. Чучалин, А.Г. Пневмония / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, А.И. Страчунский. – М., 2006. – 462 с.
19. Niu, WY1. The diagnostic value of serum procalcitonin, IL-10 and C-reactive protein in community acquired pneumonia and tuberculosis / WY1 Niu [et al.] // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. – 2013. – № 17 (24). – P. 3329–3333.
20. Yeh, J.J. A high-resolution computed tomography-based scoring system to differentiate the most infectious active pulmonary tuberculosis from community-acquired pneumonia in elderly and non-elderly patients / J.J. Yeh [et al.] // Eur. Radiol. – 2014. – № 10. – P. 2372–2384.

V.V. Dantsev, V.V. Ivanov, V.G. Karpuschenko, R.D. Muchaidze, M.A. Kharitonov, V.P. Kitsishin, Yu.N. Shitov

Problems of differential diagnosis of pulmonary tuberculosis and community acquired pneumonia at military servicemen

Abstract. At a stage of primary medico-sanitary aid the tuberculosis patients often have the wrong diagnosis. The most actual is the problem of differential diagnostics of pulmonary tuberculosis and community acquired pneumonia. Features of clinical manifestation, laboratory data and Roentgen-ray pattern of pulmonary tuberculosis and community acquired pneumonia at military servicemen are considered in the article. The atypical clinico-radiological manifestations of both diseases took place more than in 20% of cases. The acute beginning of disease – in 55%, febrile fever – in 40%, lower lung lobe localisation – in 30% of patients with pulmonary tuberculosis. Anamnestic contact with tuberculosis patients took place in 25%, upper lung lobe localisation – in 55%, nonhomogeneous lung infiltration – in 60%, focuses in the perifocal lung tissue – in 30% of patients with community acquired pneumonia. Aethiological verification rate of diagnosis averaged 20% at a tuberculosis and 10% at community acquired pneumonia. It is necessary to introduce modern microbiological and molecular-genetic methods of early aetiological detection of tuberculosis and community acquired pneumonia in military medical hospitals. In general, the treatment of community-acquired pneumonia among military personnel necessary to achieve a maximum resolution of infiltration areas of the lung tissue, be wary of tuberculosis. With long-term preservation of areas of consolidation, fibrosis of the lung tissue and seals – attract doctors related specialties (tuberculosis specialists, thoracic surgery) and use high-tech methods of diagnosis. Minimizing error in diagnostics allows comprehensive assessment of the results of the survey with the obligatory analysis of the Roentgen-ray archive, identifying the factors of increased risk of tuberculosis, a careful study of the clinical manifestations, laboratory results, and radiographic dynamics.

Key words: military servicemen, pulmonary tuberculosis, community acquired pneumonia, differential diagnosis, atypical manifestations, Roentgen-ray pattern, aethiological diagnosis.

Контактный телефон: 8-911-835-76-96; e-mail: vladimirdancev@yandex.ru