

информированы в области «Этиологии и эпидемиологии инфекции», средний уровень знаний показали в блоке «Профилактика туберкулеза»

Группа 5. Средний уровень знаний по всем блокам вопросов был выявлен у женщин от 60 до 69 лет. 77% правильных ответов дали респонденты всем блокам опроса.

Группа 6. Самая высоко информированная и просвещенная группа в области проблемы туберкулеза в России, единственные, кто знал все меры первичной профилактики инфекции – женщины в возрасте от 70 до 86 лет. 94% составил средний уровень правильности ответов во всех блоках вопросов.

Выводы:

1. По данным исследования можно сделать вывод, что женщины в возрасте от 70 до 86 лет знают об этиологии, профилактике и лечения туберкулеза больше, чем другие когорты опрошенных.

2. По результатам анкетирования разброс правильные ответов на элементарные вопросы о туберкулезной инфекции составил от 17% до 77% в различных тематических блоках опросника. При этом опрашиваемые в возрасте от 50 до 69 лет, как женщины (группы 4, 5), так и мужчины (группы 1, 2) показали наименьший результат по сравнению с более старшим поколением (группы 3, 6) это говорит о достаточно низкой осведомленности взрослого населения, которое наиболее подвержено высокому риску заразиться туберкулезом. Поэтому важно проводить профилактические мероприятия: индивидуальные беседы, профилактические игры, интерактивные занятия в малых группах (до 15 человек) и лектории среди населения, находящегося в группе риска.

Список литературы:

1. Ершова Е.С. Эпидемическая ситуация и перспективы лечения мультирезистентного туберкулеза в Ханты-Мансийском автономном округе. / Е.С. Ершова, М.В. Павлова, А.В. Владимиров // Туберкулез и болезни легких. 2018. № 96 (4). С. 5-11

2. Шаманова Л.В. Туберкулез как социально значимое заболевание в сельской местности / Л.В. Шаманова // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по мат-м IV междунар. науч.-практ. конф. Новосибирск: СибАК, 2012

3. Хорева Е.А., Хорева О.В. Туберкулез как социально значимая проблема современности [Электронный ресурс] / Е.А. Хорева, О.В. Хорева // Материалы IX Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» URL: <https://scienceforum.ru/2017/article/2017030305> (дата обращения: 29.04.2019)

УДК 616.13.002

**Громова Е.А., Орифи М., Степанов Н.Н., Сабадаш Е.В.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ**

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА И ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Gromova E.A., Orifi M., Stepanov N.N., Sabadash E.V.

CLINICAL CASE: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS AND WEGENER'S GRANULOMATOSIS

Department of phthisiology and pulmonology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: gl.elizaveta@yandex.ru

Аннотация. В статье описан клинический случай пациентки с диагнозом гранулематоз Вегенера. Особенность этого клинического случая состоит в том, что заболевание протекало абсолютно бессимптомно, что свойственно для системных васкулитов, особенно на начальных этапах заболевания. В настоящее время наблюдается рост заболеваемости системными васкулитами, особенно у лиц трудоспособного возраста. Это в значительной степени связано с увеличением воздействия неблагоприятных факторов внешней среды на организм человека, вызывающих развитие иммунного воспаления в стенках сосудов.

Annotation. The article describes the clinical case of a patient diagnosed with Wegener's granulomatosis. A feature of this clinical case is the disease was asymptomatic, which is characteristic of systemic vasculitis, especially in the initial stages of the disease. Currently, there is an increase in the incidence of systemic vasculitis. The increase is associated with the impact of adverse environmental factors on the human body. It leads to the immune inflammation in the walls of blood vessels.

Ключевые слова: гранулематоз Вегенера, васкулит, туберкулез.

Key words: granulematosis, vasculitis, tuberculosis.

Введение

За последние 30 лет заболеваемость гранулематозом Вегенера (ГВ) в европейских странах возросла в 4 раза и составляет 3–12 на 1 млн человек. Наиболее часто ГВ встречается в возрасте 40-65 лет. Считается, что распространенность среди мужчин и женщин одинаковая. Но по данным российских исследователей заболевание в 1,6 раз чаще наблюдалось у женщин, чем у мужчин. [1, 5]. Часто аутоиммунные заболевания дебютируют неспецифическими проявлениями. Это приводит к особым трудностям в диагностике, а, следовательно, к ошибкам и длительному отсутствию лечения.

Гранулематоз Вегенера (ГВ) – гигантоклеточный гранулематозно-

некротизирующий васкулит, ассоциированный с выработкой аутоантител и характеризующийся сочетанным воспалительным поражением нескольких органов (верхних дыхательных путей, органов зрения и слуха, легких и почек) [1].

Этиология заболевания до конца неизвестна, но выделяют ряд возможных причин, среди которых: наследственная предрасположенность, ассоциированная с антигенной системой HLA (B7, B8, DR2); связь с инфекционными заболеваниями – в частности, тяжелое течение заболевания наблюдается после стафилококковой инфекции, а также важную роль играет туберкулезная инфекция. Кроме того, среди факторов риска выделяют длительный прием антибиотиков, воздействие органических растворителей и интоксикацию химическими веществами, применяемыми в сельском хозяйстве. Также обсуждается роль коллоидных соединений кремния [1,4,5].

Патогенез. Ключевую роль играет образование аутоантител к цитоплазме нейтрофилов. При связывании этих клеток аутоантителами, происходит их дегрануляция. Это приводит к высвобождению цитоплазматических ферментов и свободных радикалов, оказывающих повреждающее действие на окружающие ткани с формированием некротических очагов. Вокруг участка некроза наблюдается скопление Т-лимфоцитов и макрофагов (клетки Лангханса), которые участвуют в образовании специфических гранул [1,2,5].

Морфологически гранулематоз Вегенера отличается от туберкулезной гранулемы вовлечением в процесс сосудов с развитием васкулита, отсутствием казеозных масс, отсутствием возбудителя. К тому же, в гранулемах нет четкого упорядоченного расположения клеточных элементов – нейтрофилы, плазматические клетки, лимфоциты, клетки Пирогова –Лангханса разбросаны хаотично, тогда как в туберкулезной гранулеме все клетки расположены послойно [6].

Клинические проявления при гранулематозе Вегенера чаще всего связаны с поражением почек (гломерулонефрит и др.), легких и верхних дыхательных путей (кашель, кровохарканье, одышка, носовые кровотечения, образование сухих корок в полости носа, деструкция носовой перегородки и др.), органа слуха (гранулематозное поражение среднего и внутреннего уха), органа зрения (конъюнктивит, склерит, экзофтальм), суставов (артрит) и др. Реже поражаются сердце, желудочно-кишечный тракт, печень и селезенка [1,5].

Цель исследования - демонстрация трудностей диагностики гранулематоза Вегенера при отсутствии явной клинической симптоматики.

Материалы и методы исследования

В исследовании был проведен ретроспективный анализ данных истории болезни пациентки с гранулематозом Вегенера, проходившей обследование и лечение в Уральском НИИ фтизиопульмонологии в ноябре 2019 года.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинический случай.

Пациентка Н., 58 лет, не работает, прежде работала инженером. Считает

себя больной с июня 2019 года, когда при проведении профилактической флюорографии была обнаружена тень в левом легком. Активные жалобы при этом не предъявляла.

Была направлена на дообследование в пульмоцентр, где на ПЭТ КТ были обнаружены два очага в верхней и нижней долях левого легкого. Проба с диаскинтест – папула 26 мм. В связи с гиперергической реакцией возникло подозрение на туберкулезную природу заболевания. По рекомендации торакального хирурга направлена на госпитализацию в легочно-хирургическое отделение УНИИФ для оперативного удаления очагов и срочного гистологического исследования.

Из анамнеза жизни: ранее пациентка курила сигареты. Стаж курения – 10 лет, 1,5 пачки в день, индекс курильщика равен 15 пачка/лет. На данный момент табакокурение отрицает. Алкоголь употребляет в умеренных количествах. В 2004 году была проведена мастэктомия слева в связи с ЗНО молочной железы, в 2011 г. – реконструктивная операция груди имплантом. 2017 г. – операция по поводу двустороннего экссудативного отита. Контакт с туберкулезным больным отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение астеническое. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Рост - 163см, вес - 68кг, ИМТ- 25.59 кг/м². Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Суставы не изменены. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания – 16 в минуту. Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. ЧСС – 80 в минуту. АД 130/77 мм рт.ст. Пульс – 80 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Слизистая зева не гиперемирована. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не увеличена. Размеры печени по Курлову 9 x 8 x 7 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул не изменен. Мочевыделение безболезненное.

Пациентке был проведен ряд лабораторных и инструментальных исследований. По результатам исследований были выяснены следующие отклонения: повышение СОЭ до 30 мм/ч, моноцитов – 11,8% (при оценке абсолютного количества – $0,60 \times 10^9/\text{л}$ – значение соответствует верхней границе нормы). По результатам биохимического исследования отмечена гипергликемия - 6,4 ммоль/л, незначительное повышение уровня билирубина до 22,0 мкмоль/л, а также сниженный уровень фибриногена (1,67 г/л). Остальные показатели в норме.

По результатам спирометрии ЖЕЛ в пределах нормы, проходимость

дыхательных путей не нарушена. МРТ головного мозга: МР-картина единичных очагов глиоза белого вещества лобных и теменных долей головного мозга (очаги хронической недостаточности мозгового кровообращения). Воспалительный субстрат в ячейках сосцевидного отростка справа, киста верхнечелюстной пазухи слева.

Проведена оценка рентгенографических изображений в динамике начиная с августа 2019 года: Справа патологических теней нет. Слева в S I непосредственно в верхушке лёгкого, под неизменённой плеврой с августа 2019 года определяется шаровидный фокус размерами 30х30х35мм с неровным бугристым лучистым контуром. Вокруг фокуса паренхима слегка нечёткая. К ноябрю 2019 года в центре фокуса появилась полость с неровными подрывными внутренними контурами. Форма и размеры образования не изменились. В левом лёгком, в S IX субплеврально в августе и в октябре определяется одиночный очаг размером до 4мм, без динамики. Трахея и бронхи проходимы, расположены типично. В средостении видны одиночные не увеличенные лимфоузлы без кальцинации. Выпота нет. Ствол и ветви ЛА не расширены. Данных за увеличение и обызвествление ВГЛУ нет. Костные элементы и мягкие ткани грудной стенки без патологии. Заключение: Периферический рак в S1 левого легкого. Очаговое поражение S9 слева, неуточненной природы. Под вопросом – метастатическое происхождение очага.

Пациентке показано хирургическое лечение: видеоторакоскопия(ВТС) слева, резекция образования верхней доли со срочным гистологическим исследованием.

В ходе ВТС были визуализированы изменения в S1-S2 (плотное образование до 2,5 см, припаяное к окружающим тканям) и S9 (плотное образование до 1 см) слева. Образование в S1-S2 при попытке его выделения вскрылось, из него получено серозное отделяемое. Дальнейшее выделение технически затруднено, в связи с этим доступ расширен, образование резецировано экстраплеврально. Образование S9 удалено коагулятором. Дополнительно для гистологического исследования взяты лимфоузлы легочной связки и бронхо-пульмональный лимфоузел.

Результаты гистологического исследования: в респираторной ткани S1-2 и S9 аналогичные по описанию фокусы некроза по типу фибриноидного с густыми выраженными нейтрофильными инфильтратами среди некротических масс. Фокус отграничен полями грануляционной ткани с лимфоцитарно-плазмоцитарными инфильтратами и разнокалиберными нейтрофильными инфильтратами по типу абсцессов. Так же определяются участки эпителиоидно-клеточной реакции с гигантскими клетками Лангханса. В респираторной ткани выявлены гранулематозные васкулиты, сосуды с фибриноидным некрозом стенки и нейтрофильными абсцессами. Окраска по Циллю-Нильсену и ШИК-реакция отрицательные. Полученная морфологическая картина наиболее соответствует гранулематозу Вегенера.

Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Пациентка

выписана на 8 день после операции в удовлетворительном состоянии. Для дальнейшего дообследования и лечения направлена к ревматологу. Кроме того, пациентке рекомендована консультация врача-эндокринолога в связи с установленной гипергликемией натощак.

Выводы

Диагностика гранулематоза Вегенера затруднена в связи с редкостью заболевания, к тому же особенностью представленного случая является отсутствие характерных симптомов, что создаёт дополнительные диагностические сложности и демонстрирует необходимость регулярного прохождения профилактических осмотров.

Список литературы:

1. Гранулематоз Вегенера (гранулематоз с полиангиитом): учеб. пособие / Беловол А.Н., Князькова И.И., Шаповалова Л.В. С. 4-15
2. Гриб В. М. Трудности диагностики гранулематоза Вегенера в пульмонологической практике / В.М.Гриб, Т. В. Кузьмич, А. М. Крючкова, В. Н. Семак // 2014. – С.5
3. Клинические рекомендации «Гранулематоз Вегенера». / Союз педиатров России // 2017. - С.3-10
4. Полиморфизм гигантских многоядерных клеток при гранулематозе Вегенера. Некрозы при болезни Вегенера [электронный ресурс] // электрон.научн. журнал. – 2015. - №4. <https://medicalplanet.su/otolaringologia/380.html>
5. Чернявская Т.З. Гранулематоз Вегенера / Т. З. Чернявская, П.В.Власов // Радиология. – 2005 - №2 – С.45
6. Lane SE. Epidemiology of systemic vasculitis / SE Lane, R Watts, DGI Scott // Curr Rheumatol Rep. - 2005. - № 7. - P. 270-275

УДК 616.24

**Исмагилова С.Р., Самсонова Е.Ю., Цветков Д.К., Сабдаш Е.В.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ САРКОИДОЗА**

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Ismagilova S.R., Samsonova E.Y., Tsvetkov D.K., Sabadash E.V.
MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS OF SARCOIDOSIS**

Department of Phthiology and Pulmonology
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: sgr25@bk.ru