

С. Ф. ШИНКАРЕВ

Болезни, маскирующие туберкулез

Из Тубстационара 4-й Егорьевской советской больницы (Московск. обл.).

Известно, что ранняя диагностика туберкулеза, как впрочем и других болезней, обеспечивает возможность эффективного лечения. Для выявления туберкулеза большое значение имеет совместная работа терапевта с фтизиатром в поликлинике, амбулатории и в стационаре.

С точки зрения дифференциальной диагностики представляют собой определенный интерес обработанные нами 95 историй болезни лиц, переведенных из терапевтической и хирургической больницы в туберкулезный стационар, из этого числа только трое больных до поступления в терапевтическую больницу состояли на учете туберкулезного отделения.

Целый ряд случаев протекал под различными диагнозами, маскирующими туберкулез. Для правильного решения вопроса о диагнозе чаще всего было достаточно тщательного исследования больного физическими методами—аускультацией и перкуссией.

Иногда диагнозу мог бы принести пользу правильно собранный анамнез о течении данного заболевания, расспрос о контакте с туберкулезным больным, о наследственности. Наконец, решающее значение большей частью принадлежит рентгеноскопии и рентгенографии легких и анализу мокроты на ВК. Нередко туберкулез легких протекает при различных клинических синдромах—„грипп“, „тиф“, „колит“ и проч.

Иллюстрацией сказанному могут служить истории болезни.

Г.-ко, учащийся техникума, 19 лет, питание плохое. Перенесенных заболеваний не отмечает.

В семье туберкулезных нет. Вместе с туберкулезными не жил. В терапевтической больнице лечился 1 месяц, после чего переведен в тубстационар. Настоящая болезнь началась остро, с высокой температурой и ознобом. Больной высокий, худой. Самочувствие удовлетворительное. Аппетит хороший. Временами головные боли. Кашель и мокрота—редко. Болей в груди нет.

Температура—обычно 37—38° с подъемами до 38—39°. Тахикардия. В легких—везикулярное дыхание, перкуторный тон легочный, ясный, подвижность нижних легочных границ 5 см. Р. Видаля—отрицательная, плазмодии в крови не найдены. Роз 25 мм в 1 ч. по Панченкову. Моча нормальная. ВК в мокроте отсутствуют. Рентгенопросвещение легких не выявило очаговых изменений. Рентгенограмма легких—мелко-очаговая диссеминация верхних полей легких. В данном случае нет физических изменений в легких, нет легочных функциональных признаков (кашля, мокроты, болей в груди), нет указаний на контакт. Рентгеноскопия легких не выявила очаговых изменений. Но в пользу диагноза туберкулез нас направляет несоответствие общего удовлетворительного самочувствия, сохранения аппетита при высокой температуре, тем более, что другие инфекции были мало вероятны, судя по анализам крови. Окончательно здесь утвердила диагноз рентгенограмма легких. Создается впечатление, что болезнь началась остро, между тем, как мы имеем в данном случае фазу гематогенного обсеменения легких, а клиническое течение того очага, откуда произошло это обсеменение, часто проходит незаметно. Старый туберкулезный процесс дал обо-

стрение под влиянием ослабляющих организм моментов переходного возраста, плохого питания, усиленных занятий.

Другой синдром—тифозный (высокая температура и угнетение функции центральной нервной системы) встречается при наличии казеозных изменений в легких. В терминальных фазах легочного туберкулеза тифозный синдром правильно распознается ввиду наличия больших физикальных изменений в легких. Но наиболее интересно проследить этот синдром в случаях казеозной бронхопневмонии.

Ш., 42 лет, шорник, курит много, пьет. Наследственность здоровая, контакт отрицается. Начало болезни относится к 5/III 1937 г., когда заболел остро. Больной доставлен из терапевтической больницы в тубстационар в очень тяжелом состоянии. При поступлении температура 39—40°, бред, затемнение сознания, сонливость, фулигинозный язык, неправильное мочеиспускание и стул. Изредка кашель, мокрота отсутствует. Цианоз носа и губ. Резкая одышка. В легких много хрипов бронхитического характера, перкуторный тон тимпанического характера, границы сердца прикрыты легкими. Сердечные тоны глухие, нечеткие. Пульс мягкий, слабый, в 1'—120 ударов. Печень прощупывается плотная, безболезненная. Селезенка не прощупывается. В мокроте найдены ВК. Значительная потливость. В дальнейшем процесс принимает все более прогрессивный характер, угнетение нервной системы все более усиливается. В легких появляются бронхиальное дыхание и кавернозные хрипы. 23/III ригидность затылка, афазия, устремленный вдаль взгляд, и вскоре—смерть. Клинический диагноз: казеозная бронхопневмония, кардиосклероз, туб. менингит. Патолого-анатомический диагноз: двусторонняя казеозная пневмония с кавернами. Отек мягкой мозговой оболочки. Перерождение печени, селезенки и сердца.

Не имея результатов р. Видалья, трудно исключить тиф, без анализа мокроты и рентгеноскопии легких не всегда можно поставить диагноз туберкулеза. Все же в клиническом течении имеются признаки, отличающие тиф от туберкулеза. Отсутствие розеол, увеличение селезенки, брадикардии говорит против брюшного тифа. Важен в дифференциально-диагностическом отношении более выраженный бронхит (больше сухих хрипов) при туберкулезе, также несоответствие этого бронхита с резкой одышкой и цианозом, чего не бывает при тифе. Конечно, в дальнейшем течении диагноз казеозной пневмонии становится более ясным и по физикальным данным, когда появляются уже кавернозные хрипы. Интересно, что болезнь может закончиться в течение короткого времени, в данном случае в три шестидневки, при почти полном отсутствии кашля и мокроты.

Под видом тифа может протекать также и туморозный бронхоаденит.

Т., 18 лет, заболела остро 23/III 1937 г. Была направлена в терапевтическую больницу, откуда в тубстационар. Больная страдает сонливостью, слабостью, головными болями, туберкулезной наследственности нет, с туб. больными не имеет контакта. Росла здоровой, развивалась нормально. Ранее не болела. Изредка кашель с мокротой. Телосложение правильное. Лицо бледное. Мускулатура и подкожная клетчатка хорошо развиты. Температура 38—39° и выше. Границы сердца в пределах нормы. Систолический шум на сердце на всех отверстиях. Тахикардия. Язык обложенный. Аппетит плохой. Стул ежедневный. Живот вздут, болезнен в правой подвздошной области ближе к пупку. Печень прощупывается у реберного края. Селезенка не прощупывается.

Р. Видалья два раза отрицательная. Исследование кала на бациллы Эберта 2 раза были с отрицательным результатом. В мокроте ВК отсутствуют, RW отрицательная. Моча без уклонений от нормы. Анализ крови: умеренный лейкоцитоз, эозинофилов 1%, палочков. 3%, сегментир.—66%, лимфоцитов—23%, моноцит.—7%. Р. Пирке пыльная с лимфангоитом, держится в течение 10 дней. Рентгеноскопия и рентгенография легких выявила туморозный бронхоаденит паратрахеальных и бронхопульмональных желез. В тубстационаре постепенное падение температуры и катаральных явлений в легких. Больная выписана с хорошим самочувствием 27/IV 37 г.

Тиф исключался анализом крови и кала. Этиологический диагноз был еще поставлен до рентгеноскопии вследствие наличия очень резкой лимфангоитической р. Пирке, которая часто при других инфекциях потухает.

На этом примере видно, какое большое значение для диагностики имеют биологические туберкулиновые пробы.

Иногда туберкулез протекает под видом хронического колита.

Р., болен с мая 1936 г. поносами. Стул 10—20 раз в сутки; диспептических явлений не было, лечился амбулаторно в терапевтической больнице, а затем в тубстационаре. Последний раз лечился в терапевтической больнице, где рентгеноскопией установлена язва малой кривизны желудка. Общая кислотность 18, температура субфебрильная не выше 38°, но очень длительная. В терапевтической больнице были произведены анализы: Р. Видала—результаты отрицательные, в крови малярийные плазмодии не обнаружены. Реакция Вебера в кале отрицательная. Исследование кала на реакц. Эберта дало отрицательный результат. Общий анализ крови: гемоглобин—65%, палочков.—8%, сегментиров. 70%, лимфоцитов 20%, моноцит. 2%. Больной поступил в тубстационар 25/III—1937 г. Среднего роста, правильного телосложения, крайне бледный и худой. Редкий кашель с мокротой. Кожа сухая, больной крайне слаб и с трудом удается его подвергнуть исследованию. Сознание угнетенное. Границы сердца в норме. Сердечные тоны глухие, нечистые. Пульс в л.—120, мягкий, малый. Сзади, в правом легком, над лопаточной костью бронховезикулярное дыхание и мелкопузырчатые хрипы. Аппетит плохой. Стул частый, болезненный. Живот втянут, болезнен. На 1 палец ниже реберной дуги прощупывается плотная печень. Рентгенопросвечивание легких: много очагов крупных и средних размеров, каверны в подклубничных пространствах.

В дальнейшем симптомы болезни со стороны легких и кишечника все более прогрессируют. За 2—3 часа до кончины больной потерял речь, появилось косоглазие, кахетические кардиальные отеки ног и лица. Смерть наступила 7.III 1937 г. Клинический диагноз: двусторонний кавернозный туб. легких, туб. кишечника, амилоид, эмболия сосудов мозга, кахексия.

Патолого-анатомический диагноз: продуктивно-экссудативный туберкулез обоих легких с кавернами, язвенный туберкулез толстых и тонких кишок. Жировое перерождение печени, сердца и почек. Тромбоз правого поперечного синуса и венозных веточек мягкой мозговой оболочки.

Больной в течение 8 месяцев шел под неправильным диагнозом—хронический колит. Кишечные явления выступали на первый план в картине болезни—он страдал поносами, которые не поддавались диетическому лечению, и, таким образом, скрыли основную болезнь.

В некоторых случаях туберкулез протекает под видом аппендицита.

К., 12 лет, лечилась в детской больнице, затем с диагнозом аппендицита—септикемия переведена в хирургическое отделение, откуда направлена в тубстационар.

Жалобы на боли в животе, слабость и повышенную температуру, наследственность не отягощена, контакта с туберкулезными нет. Перенесенных заболеваний не отмечает. Температура высокая, интермитирующая, утром 40°, вечером 36,5°. Видимые слизистые оболочки и наружные покровы бледны. Мускулатура и подкожная клетчатка плохо развиты. Длинные черные ресницы, брови желтые—на шее много мелких желез, плотных, подвижных, безболезненных; одна из них величиной с вишню. Границы сердца в норме, сердечные тоны приглушенные, нечистые. Пульс плохого наполнения, 120 в 1 мин. В легких бронхиальное дыхание и кавернозные хрипы. Аппетит плохой. Стул с наклонностью к поносам. Живот вздут, болезнен при пальпации, снаружи от пупка, слева, прощупываются уплотненные подвижные, величиной с орех, опухоли (железы). Вследствие резкой припухлости надгортанника невозможно осмотреть гортань. Рентгеноскопия легких: под правой ключицей легочная ткань затемнена, гильюсы смазаны, расширены. В мокроте обнаружены ВК.

В виду жалоб на боли в животе исследован в начале только живот. При поверхностной пальпации создавалось впечатление наличия уплотнения аппендикулярного происхождения. При более подробном исследовании обнаружено заболевание туберкулезом нескольких органов—шейных и мезентериальных желез брюшины, кишечника, гортани и легких.

Отмечен случай „язвы желудка“, когда при большом легочном кровотечении у больного с диссеминированным туберкулезом легких—кровь была проглочена, затем была извергнута рвотой, что симулировало желудочное кровотечение.

Часто туберкулез фигурирует также под диагнозом „воспаление легких“. Иногда действительно трудно бывает диагностировать, когда имеются одновременно туберкулез легких и пневмония; случай такого совпадения мы имели возможность проверить патолого-анатомически.

Туберкулезные язвы языка нередко принимаются за язвеческие или раковые. В этом отношении представляет интерес наш случай.

И-в, 30 лет, до перевода в тубстационар из хирургического отделения состоял на учете туботделения. Жена его умерла от туберкулеза легких. Ребенок умер от туберкулезного менингита. В январе 1935 г. у больного левосторонний экссудативный плеврит. В октябре 1936 г. диссеминированные крупно-очаговые изменения в верхушках. В январе 1937 г. больной по поводу язвы языка обратился в хирургическое отделение, в течение 2 недель диагноз не был установлен—подозревали рак, и только гистологическое исследование среза установило хронический воспалительный процесс на языке. Больной был направлен в туботделение для лечения. В дальнейшем больной неисправно являлся для лечения и в январе 1938 года по поводу туберкулеза яичка со свищем направлен в хирургический стационар. Там при исследовании установлен диагноз: двусторонний диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада губ, языка и щеки, туберкулез яичка со свищем, свищевое соединение прямой кишки с мочевым пузырем.

Процесс носит гематогенный характер с постепенным вовлечением различных органов—плевры легких, губ, яичка, мочеполовой системы.

Этот случай поучителен в том отношении, что больной два раза по поводу заболевания губы и яичка обращался к хирургу, который не знал, что больной страдает туберкулезом легких, вследствие чего правильное лечение было начато несвоевременно. Больной был направлен в хирургическое отделение больницы уже в совершенно безнадежном состоянии.

Выводы

1. Туберкулез легких нередко протекает под видом других заболеваний.
2. Тифозный синдром бывает при казеозной пневмонии и иногда в терминальных фазах легочного туберкулеза.
3. Хронический колит с повышенной температурой, при исключении брюшного тифа и дизентерии, бывает большей частью туберкулезной этиологии, что может быть подтверждено клиническим рентгеновским исследованием легких, а где возможно и рентгенографией кишечника.
4. Бывают случаи туберкулеза легких при отсутствии функциональных легочных признаков (кашель, мокрота).
5. При длительной субфебрильной температуре неясной этиологии необходимо исключить туберкулезную этиологию не только рентгеноскопией, но и рентгенографией.
6. При всяких заболеваниях туб. больного необходимо ставить в известность диспансер, в котором состоит на учете данный больной.

Поступила 22.VI. 1938.