

© АЛЕКСО Е. Н., ШЕЙФЕР Ю. А., ДЕМИДИК С. Н., ГУРСКАЯ В. Т.

УДК 616.71.-002.5-07-08

DOI: 10.20333/25000136-2026-2-108-112

Туберкулезный дактилит (клинический случай)

Е. Н. Алексо¹, Ю. А. Шейфер¹, С. Н. Демидик¹, В. Т. Гурская^{1,2}

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно 230009, Республика Беларусь

²Гродненский областной клинический центр «Фтизиатрия», Гродно 230009, Республика Беларусь

Резюме. В данной статье представлены особенности диагностики сочетания легочного и внелегочного туберкулеза (туберкулез легких и туберкулезный дактилит). Диагностика клинических форм внелегочного туберкулеза достаточно непростая задача и имеет определенные сложности. В структуре туберкулеза костей и суставов туберкулезный дактилит является редкой клинической формой, ввиду чего отсутствует настороженность в диагностике и выявлении туберкулеза данной локализации.

Ключевые слова: инфильтративный туберкулез, внелегочный туберкулез, туберкулезный дактилит, туберкулезный плеврит, диагностика туберкулеза, выявление туберкулеза.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Алексо ЕН, Шейфер ЮА, Демидик СН, Гурская ВТ. Туберкулезный дактилит (клинический случай). *Сибирское медицинское обозрение*. 2026;(2):108-112. DOI: 10.20333/25000136-2026-2-108-112

Tuberculous dactylitis (a clinical case)

E. N. Alexo¹, Yu. A. Sheifer¹, S. N. Demidik¹, V. T. Gurskaya^{1,2}

¹Grodno State Medical University, Grodno 230009, Republic of Belarus

²Grodno Regional Clinical Center "Phthisiology", Grodno 230009, Republic of Belarus

Abstract. This article presents the diagnostic features of the combination of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis (pulmonary tuberculosis and tuberculous dactylitis). Diagnosing the clinical forms of extrapulmonary tuberculosis is quite challenging and presents certain difficulties. Among bone and joint tuberculosis types, tuberculous dactylitis is a rare clinical form, which is why there is a lack of suspicion in the diagnosis and detection of tuberculosis in this location.

Keywords: infiltrative tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, tuberculous dactylitis, tuberculous pleurisy, diagnosis of tuberculosis, detection of tuberculosis.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Alexo EN, Sheifer YuA, Demidik SN, Gurskaya VT. Tuberculous dactylitis (a clinical case). *Siberian Medical Review*. 2026;(2):108-112. DOI: 10.20333/25000136-2026-2-108-112

Введение

В структуре заболеваемости туберкулезом (ТБ) подавляющее большинство подтвержденных случаев относится к поражению органов дыхательной системы, а частота встречаемости внелегочных форм составляет приблизительно 5-15% [1, 2, 3]. Своевременное распознавание внелегочного ТБ – непростая клиническая задача, требующая тесного взаимодействия врачей различных специальностей [2, 4, 5, 6].

От 1 до 3% случаев внелегочного ТБ поражают скелет [7, 8, 9]. По статистике на стопу и голеностопный сустав приходится менее 0,13% случаев внелегочного ТБ [10, 11].

Цель: провести анализ клинического случая сочетания легочного и внелегочного туберкулеза и выявить причины несвоевременного выявления.

Описание клинического случая. Пациент П., 44 года, не работает. В связи с жалобами на боли в проекции 4-5 пальца правой стопы 05.04.2022г. обратился в поликлинику к врачу-травматологу. Приблизительно 3 недели назад в бытовых условиях получена травма правой стопы. Пациент с апреля 2015 г. состоит на диспансерном учете у врача-нарколога с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя (СЗА) II ст.», на осмотры к наркологу не являлся. Осматривался на дому врачом-наркологом

при плановых выездах. В анамнезе контакт с братом, умершим от ТБ органов дыхания в 2019 г. Последнее рентгенологическое обследование органов грудной клетки (ОГК) от 28.12.2020 г. № 5978 – патологии не выявлено.

Общее состояние на момент обращения за медицинской помощью удовлетворительное. Жалобы на повышение температуры тела до 37°C, одышку при минимальной физической нагрузке, боли в проекции 4-5 пальца правой стопы.

На рентгенограмме костей правой стопы от 05.04.2022 г. (рис.1) выявлен перелом основной фаланги 5 пальца правой стопы.

Рентгенологическое обследование ОГК 05.04.2022г. – рентгенологические признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии.

Осмотрен врачом общей практики, рекомендовано провести курс антибактериальной терапии с последующим рентгенологическим контролем. Пациент с 05.04.2022 г. по 22.04.2022 г. находился на лечении в хирургическом отделении районной больницы с диагнозом: «Остеомиелит 5 пальца правой стопы, абсцесс правой стопы».

При анализе медицинской документации данных о рентген-контроле ОГК нет.



Рисунок 1. Рентгенограмма стопы 05.04.2022г.
Figure 1. X-ray image of the foot dated 05.04.2022.

06.09.2022 г. в связи с отрицательной динамикой (формирование свища диафиза 4–5 плюсневых костей, усиление болевого синдрома) пациент повторно госпитализирован в хирургическое отделение.

Общий анализ крови (ОАК) от 06.09.2022 г.: гемоглобин – 123 г/л; эритроциты $3,95 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $6,55 \times 10^9$ /л; СОЭ 62 мм/час. Биохимический анализ крови (БАК) от 06.09.2022г.: – общий белок – 83,4 г/л; мочевины – 6,5 ммоль/л; креатинин – 81 мкмоль/л; СРБ 57,7 мг/л, билирубин общий – 49,3 мкмоль/л; АСТ – 52 ед/л; АЛТ – 11 ед/л. Общий анализ мочи (ОАМ) от 06.09.2022 г. соломенно-желтая, мутная, pH 7,0, удельный вес 1015, белок – 0,002 г/л., сахар – отрицательный, лейкоциты – 0-2 в поле зрения (п/зр.), эпителий – 0-1 в п/зр.

08.09.2022 г. выполнена операция: «Ампутация 4–5 пальцев правой стопы с резекцией 4–5 плюсневых костей». 21.10.2022 г. – операция: «Аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом дефекта мягких тканей культи правой стопы». 20.10.2022 у пациента появилась одышка, повышение температуры тела до 37,3–37,6°C, общая слабость.

24.10.2022 г. – рентгенологическое обследование ОГК (рис. 2а) – в проекции левого реберно-диафрагмального синуса определяется зона затенения высокой интенсивности, гомогенное с косым верхним контуром до 7 ребра. Очаговых и инфильтративных изменений в легких не обнаружено. 01.11.2022г. выполнена контрольная рентгенограмма ОГК – отрицательная динамика – то-

тальное затенение нижней доли левого легкого с линией Дамуазо до 6-го ребра. (точка)

01.11.2022г. – плевральная пункция: получено 2200 мл светлой прозрачной жидкости. Консультирован фтизиатром.

Микроскопия мокроты от 01.11.2022, 02.11.2022 – кислотоустойчивые бактерии не обнаружены. GeneXpert 03.11.2022 (мокрота от 01.11.2022) – ДНК МБТ (*Mycobacterium tuberculosis*) обнаружены, чувствительность к рифампицину сохранена. Посевы мокроты от 01.11.2022; 02.11.2022 МБТ +. ОАК от 03.11.2022: лейкоциты – $7,62 \times 10^9$ /л, эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 121 г/л, СОЭ 60 мм/час. Глюкоза крови (вена) от 03.11.2022 – 5,85 ммоль/л. ОАМ от 03.11.2022 соломенно-желтая, pH – 5,0., удельный вес – 1020, белок – отр., сахар – отр., лейкоциты – 0-2 в п/зр., эпителий – 0-1 в п/зр.

09.11.2022 госпитализирован в УЗ ГОКЦ «Фтизиатрия» с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, одышку при незначительной физической нагрузке, боли в правой стопе. Состояние средней тяжести. В области правого бедра послеоперационная рана (аутопластика), наложена асептическая повязка. В области правой стопы послеоперационная рана с заживающими рубцами, наложена асептическая повязка.

Лабораторное обследование: ОАК от 10.11.2022 г.: эритроциты – $4,03 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – $6,55 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 46%, лимфоциты – 33%, моноциты – 15%, тромбоциты – 384×10^9 /л, СОЭ – 61 мм/ч. БАК от 10.11.22: общий белок – 65 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л, креатинин – 137 мкмоль/л; общ. билирубин – 38,6 мкмоль/л; АСТ – 22 ед/л; АЛТ – 8 ед/л. Глюкоза крови (вена) от 10.11.22 – 5,85 ммоль/л. ОАМ от 10.11.22: соломенно-желтая, pH – 5,0., удельный вес – 1020, белок – отр., сахар – отр., лейкоциты – 0-2 в п/зр., эпителий – 0-1 в п/зр.

Исследование мокроты 10.11.2022 – в мокроте нет роста аэробной и факультативно-анаэробной микрофлоры. 10.11.2022 реакция Манту 2 ТЕ – отр. Диаскинтест – отр.

09.11.22 г. – контрольная рентгенограмма ОГК: в сравнении с Rg от 01.11.22 – отрицательная динамика в виде увеличения уровня жидкости в плевральной полости слева. Средостение смещено вправо. УЗИ плевральных полостей 09.11.22: справа плевральной полости свободной жидкости не определяется, в левой слой жидкости толщиной до 131 мм, ограниченный перегородками по типу «пчелиных сот».

Анализ плевральной жидкости 10.11.22: слабо мутная, удельный вес – 1027, белок – 32 г/л, проба Ривальта – положительная, лимфоциты – 80%, сегм. нейтрофилы – 20%. 14.11.22г. СКТ ОГК (рис. 3): слева в S_3 и перибронховаскулярно справа множественные полиморфные очаги. Жидкостный компонент в плевральной полости слева, вдоль передней грудной клетки, увеличиваясь к задне-базальным отделам до 75 мм. Заключение: КТ-картина инфильтративных изменений в легких специфического характера (tbc).

a



б

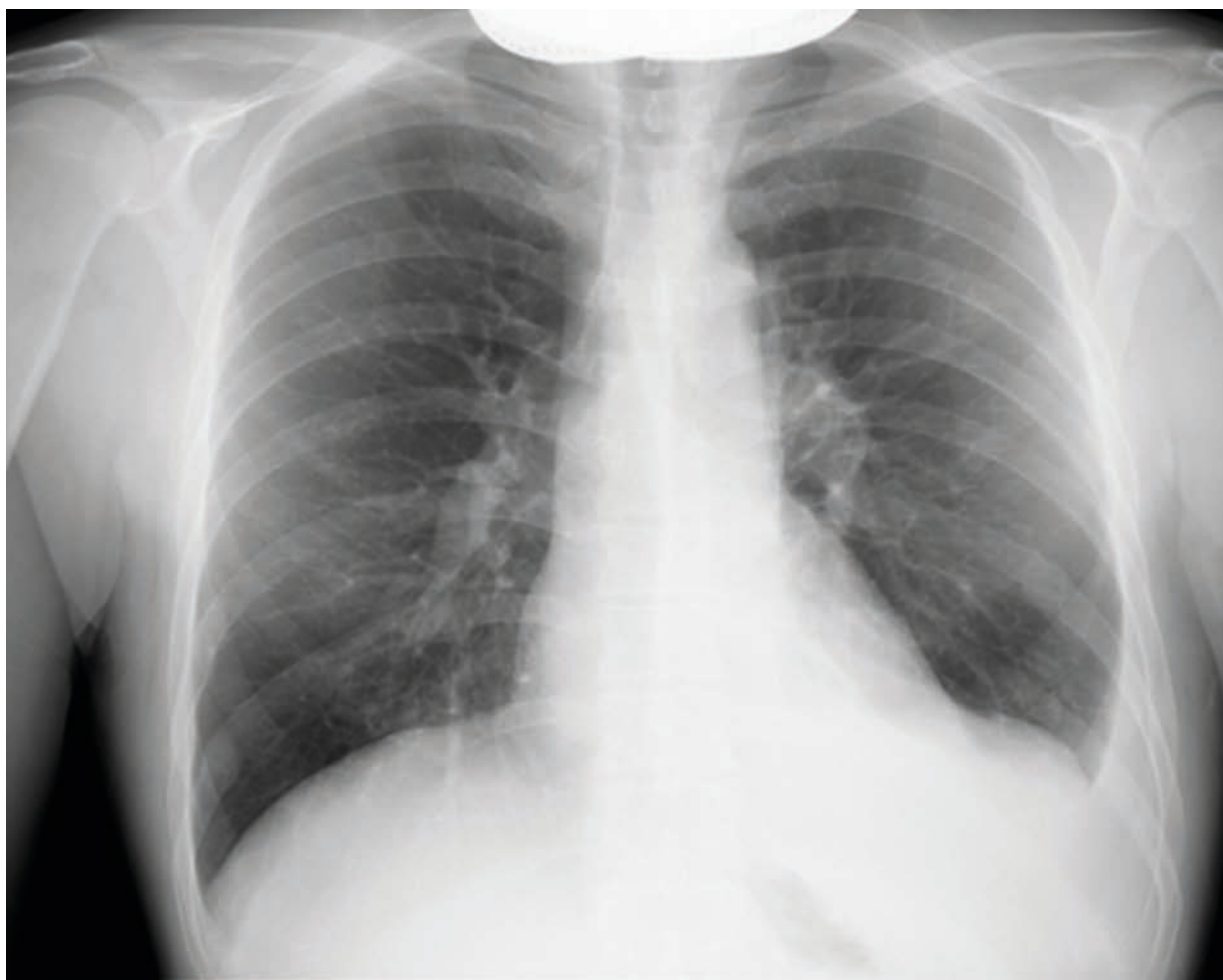


Рисунок 2. *a* - Рентгенограмма ОГК от 24.10.2022г., *б* - контрольная рентгенограмма ОГК от 02.11.2022г.
Figure 2. *a* - chest X-ray image dated 24.10.2022; *b* - control chest X-ray image dated 01.11.2022.

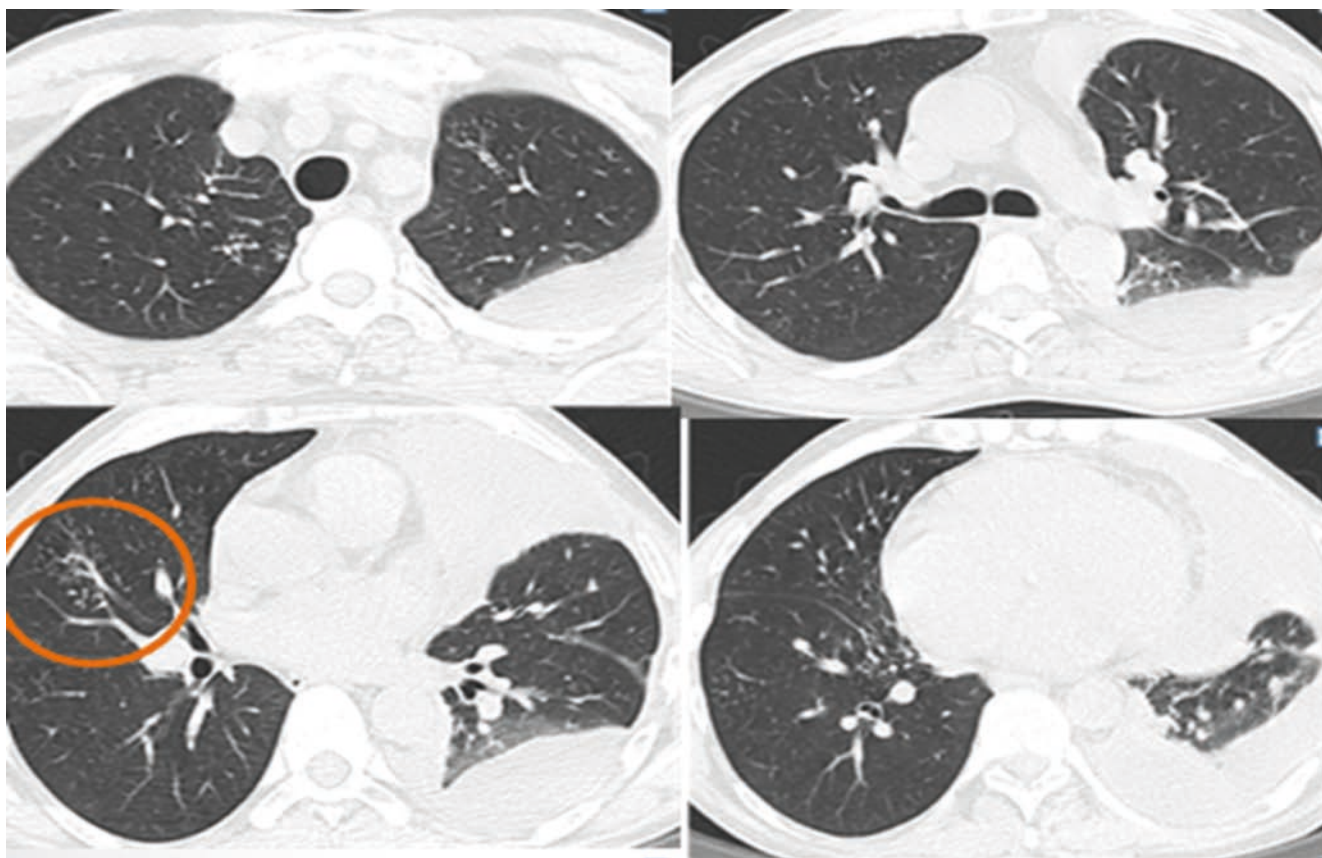


Рисунок 3. МСКТ ОГК от 14.11.22г.
Figure 3. Chest CT image dated 14.11.22.

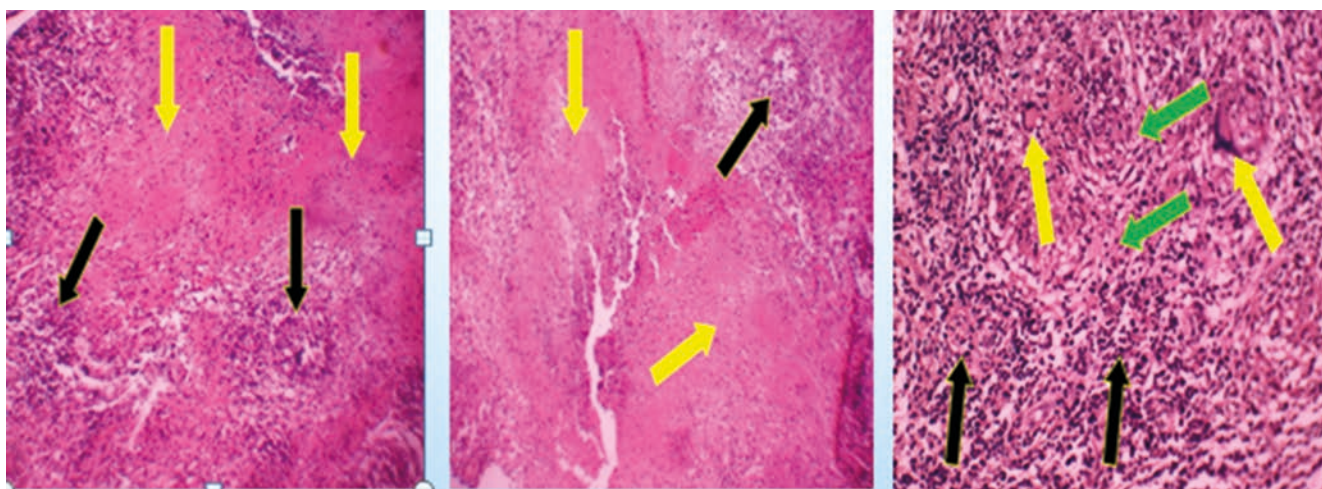


Рисунок 4. Патогистологическое исследование операционного материала (фрагменты 4-5 пальцев с плюсневыми костями).

Figure 4. Pathohistological examination of the surgical material (fragments of fingers 4-5 with metatarsal bones).

14.11.2022г. получен результат гистологического исследования фрагментов 4-5 пальцев с плюсневыми костями (рис. 4).

Заключение

Определяется гранулематозное воспаление с наличием обширных полей казеозного некроза (желтые стрелки), эпителиоидных (зеленые стрелки) и гигантских многоядерных клеток Пирогова-Лангханса, с перифокальной воспалительной инфильтрацией (черные стрел-

ки), что характерно для туберкулеза. В зоне некроза при окраске по Цилю-Нильсену выявлены кислотоустойчивые бактерии.

На основании клинических, лабораторных, рентгенологических и морфологических данных был установлен диагноз: Инфильтративный туберкулез левого легкого, осложненный левосторонним экссудативным плевритом. МБТ + (плюс). Туберкулез 4-5 плюсневых костей, 4-5 плюснефаланговых суставов правой стопы, свищевая форма. Состояние после ампутации 4-5 паль-

цев правой стопы с резекцией 4-5 плюсневых костей (15.09.22). Аутодермопластика.

Проведено лечение: 3HREZ/6HR (3 месяца интенсивная фаза 4 препарата: изониазид 0,3; рифампицин 0,6; этамбутол 1,6; пиразинамид 2,0; фаза продолжения 6 месяцев 2 препарата: изониазид 0,3; рифампицин 0,6). В результате лечения получена положительная клиническая, лабораторная и рентгенологическая динамика.

СКТ ОГК 13.01.2023 г. свободной жидкости в плевральных полостях не визуализируется, уменьшилось количество множественных полиморфных очагов.

19.01.2023 г. выполнена контрольная рентгенограмма правой стопы – отсутствие 4-5 пальцев стопы (оперативное лечение).

Выводы

Несмотря на значительное улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу, врачи всех специальностей должны помнить об особенностях диагностики данного заболевания и принимать в ней активное участие. «Золотым стандартом» диагностики внелегочного туберкулеза является гистологическая диагностика.

Литература / References

1. Мордык АВ, Яковлева АА, Николаева ИН, Леонтьев ВВ. Актуальность проблемы внелегочного туберкулеза в современных эпидемиологических условиях. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2015;(3):19-21. [Mordyk AV, Yakovleva AA, Nikolaeva IN, Leont'ev VV. The relevance of the problem of extrapulmonary tuberculosis in modern epidemiological conditions. *Pacific Medical Journal*. 2015; (3):19-21. (In Russian)]
2. Кульчавеня ЕВ, Жукова ИИ. Внелегочный туберкулез – вопросов больше, чем ответов. *Туберкулез и болезни легких*. 2017;95(2):59-63. [Kul'chavenya EV, Zhukova II. Extrapulmonary tuberculosis – more questions than answers. *Tuberculosis and Lung Diseases*. 2017;95(2):59-63. (In Russian)] DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-2-59-63
3. Кульчавеня ЕВ, Осадчий АВ, Рейхруд ТА, Нарышкина СЛ, Рейхруд МВ, Хомяков ВТ. Различия в социально-демографической характеристике больных туберкулезом легких и внелегочных локализаций. *Туберкулез и болезни легких*. 2015;(5):102-103. [Kul'chavenya EV, Osadchiy AV, Reykhруд TA, Naryshkina SL, Reykhруд MV, Khomyakov VT. Differences in the socio-demographic characteristics of patients with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. *Tuberculosis and Lung Diseases*. 2015;(5):102-103. (In Russian)]
4. Серёгина ВА, Правада НС, Будрицкий АМ. Клинические случаи внелегочной локализации туберкулеза. *Клиническая инфектология и паразитология*. 2019;8(2):259-265. [Seregina VA, Pravada NS, Budritskiy AM. Clinical cases of extrapulmonary localization of tuberculosis. *Clinical Infectology and Parasitology*. 2019;8(2):259-265. (In Russian)]
5. Зинченко ЮС, Басанцова НЮ, Старшинова АЯ, Умутбаева ГБ, Чурилов ЛП. Туберкулез сегодня: основные направления исследований по профилактике, диагностике и лечению. *Российские биомедицинские исследования*. 2018;(3):24-34. [Zinchenko YuS, Basantsova NYu, Starshinova AY, Umutbaeva GB, Churilov LP. Tuberculosis today: key

research areas for prevention, diagnosis, and treatment. *Russian biomedical research*. 2018;(3):24-34 (In Russian)]

6. Nayak B, Dash RR, Mohapatra KC, Panda G. Ankle and foot tuberculosis: A diagnostic dilemma. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2014;3(2):129-131. DOI: 10.4103/2249-4863.137629

7. Kapetanakis S, Chourmouzi D, Papadopoulou E, Oikonomou D, Gkantsinikoudis N. Clinical presentation and imaging of a rare case of Tarsal Tuberculosis. *Clinical Case Reports*. 2018;6(2):450-451. DOI: 10.1002/ccr3.1299

8. Faroug R, Psyllakis P, Gulati A, Makvana S, Pareek M, Mangwani J. Diagnosis and treatment of tuberculosis of the foot and ankle – A literature Review. *The Foot*. 2018;(37):105-111. DOI: 10.1016/j.foot.2018.07.005

9. Korim M, Patel R, Allen P, Mangwani J. Foot and ankle tuberculosis: Case series and literature review. *The Foot*. 2014;24(4):176-179. DOI: 10.1016/j.foot.2014.07.006

10. Mittal R, Gupta V, Rastogi S. Tuberculosis of the foot. *The journal of bone and joint surgery*. 1999; (6):997-1000. DOI: 10.1302/0301-620x.81b6.9925

11. Jeyaseelan L, Williams D, Tibrewal S, Ali SA, Hassan M, Vemulapalli K. Tuberculosis of the Cuboid: A Case Report and Review of the Literature. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*. 2015; 54(4):713-716.

Сведения об авторах

Алексо Елена Николаевна, к.м.н., заведующая кафедрой физиопульмонологии учреждения образования «Гродненский Государственный медицинский университет»; адрес: Республика Беларусь, 230009, Гродно, ул. Горького; тел.: +375295899234, e-mail: alex_helena2001@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8097-3659>

Шейфер Юрий Альбертович, к.м.н., доцент кафедры физиопульмонологии учреждения образования «Гродненский Государственный медицинский университет»; адрес: Республика Беларусь, 230009, Гродно, ул. Горького; тел.: +375297820963, e-mail: jura-med@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6189-0292>

Демидик Светлана Николаевна, к.м.н., доцент кафедры физиопульмонологии учреждения образования «Гродненский Государственный медицинский университет»; адрес: Республика Беларусь, 230009, Гродно, ул. Горького; тел.: +375333121834, e-mail: svdemidik@tut.by, <https://orcid.org/0000-0002-9841-9015>

Гурская Виктория Тадеушевна, клинический ординатор кафедры физиопульмонологии учреждения образования «Гродненский Государственный медицинский университет»; адрес: Республика Беларусь, 230009, Гродно, ул. Горького; тел.: +375298813970, e-mail: victory11031995@list.ru, <https://orcid.org/0009-0005-6524-7084>

Author information

Elena N. Alekso, Cand. Med. Sci., Head of the Department of Phthisiopulmonology, Educational Institution "Grodno State Medical University"; Address: Gorky st., Grodno, Republic of Belarus 230009; Phone: +375295899234; e-mail: alex_helena2001@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8097-3659>

Yuri A. Sheifer, Cand. Med. Sci., Associate Professor of the Department of Phthisiopulmonology of the Educational Institution "Grodno State Medical University"; Address: Gorky st., Grodno, Republic of Belarus 230009; Phone: +375297820963; e-mail: jura-med@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6189-0292>

Svetlana N. Demidik, Cand. Med. Sci., Associate Professor of the Department of Phthisiopulmonology of the Educational Institution "Grodno State Medical University"; Address: Gorky st., Grodno, Republic of Belarus 230009; Phone: +375333121834, e-mail: svdemidik@tut.by, <https://orcid.org/0000-0002-9841-9015>

Victoria T. Gurskaya, clinical resident of the Department of Phthisiopulmonology of the educational institution "Grodno State Medical University"; Address: Gorky st., Grodno, Republic of Belarus 230009; Phone: +375298813970, e-mail: victory11031995@list.ru, <https://orcid.org/0009-0005-6524-7084>

Дата поступления: 21.12.2025

Дата рецензирования: 10.03.2026

Принято к публикации: 26.03.2026

Received 21 December 2025

Revision Received 10 March 2026

Accepted 26 March 2026