

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ НИЖНЕДОЛЕВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Сизов В.В., Козлов В.А.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра фтизиопульмонологии

В последние годы заметно выросла заболеваемость туберкулезом, увеличилось число больных, выделяющих резистентный возбудитель, снизилась курательность заболевания. Это объясняется тем фактом, что в настоящее время снизилась роль профилактических флюорографических обследований, и, как следствие, значительно затруднилось раннее выявление туберкулеза. Контингенты противотуберкулезных диспансеров пополняются, в основном, пациентами, туберкулез у которых диагностирован в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Так, в Москве от 20 до 40%, а в Ивановской области — половина всех новых случаев бактериовыделения установлена в ЛПУ ПМСП. Не случайно крупный клиницист Цюрихского медицинского университета Роберт Хегглин в своей книге «Дифференциальная диагностика внутренних болезней» в главе, посвященной патологии легких, пишет: «Надо поставить за правило — каждый легочный процесс считать туберкулезным до тех пор, пока совершенно точно не будет выявлена принадлежность его к другой группе заболеваний».

Диагностика — это сложный творческий процесс, в котором тесно переплетаются практические действия врача по оценке различных клинических признаков и результаты обследования. При этом врач должен сравнивать выявленные при обследовании больного симптомы и их комплексы с моделями различных болезней и особенностями их течения на современном этапе, так как в последние годы обнаруживаются значительные изменения «классических» клинико-рентгенологических проявлений многих заболеваний, в том числе и туберкулеза.

Все чаще клиницисты обращают внимание, что при выявлении бактериовыделения у больных, обратившихся за медицинской помощью, воспалительные изменения в легких локализуются в нижних отделах, а течение заболевания характеризуется острым началом и выраженными клиническими проявлениями. Это объясняется наличием суперинфекции (тесный и длительный контакт с больными открытой формой туберкулеза) и преобладанием бронхогенного и лимфогенного путей распространения инфекции, а также особенностью современного патоморфологического процесса, а именно преобладанием экссудативно-некротических процессов над продуктивными.

Атипичная локализация туберкулеза в легких и выраженные клинические признаки, напоминающие клинику пневмонии, реже бронхита, значительно затрудняют диагностику и своевременное распознавание туберкулеза. Частота ошибок при нижнедолевой локализации достаточно велика даже в специализированных противотуберкулезных учреждениях, а в клиниках ПМСП она достигает, по данным различных авторов, 50—85%.

Нами проведен анализ всех случаев туберкулеза с нижнедолевой локализацией у больных, поступивших в ГУЗ «Ивановская областная туберкулезная больница». За последние 5 лет они составили 8—10% от общего числа больных, находившихся на излечении.

Большинство больных (67,8%) были мужчины в возрасте 20—40 лет. При обращении за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения ПМСП у 60%

Sizov V.V., Kozlov V.A.

INFERIOR LOBAR PULMONARY TUBERCULOSIS : PECULIARITIES OF COURSE AND DIAGNOSIS

больных был несвоевременно поставлен правильный диагноз. У 70% пациентов при поступлении в стационар уже имелись полости распада. Начало заболевания при нижнедолевых процессах у 80% больных было острым и подострым, и основная часть пациентов была выявлена при обращении за медицинской помощью. Все это сближало специфический процесс в легких с пневмонией.

Практически у всех больных с нижнедолевой локализацией диагноз туберкулеза установлен на основании обнаружения микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте. При этом необходимо отметить, что у части пациентов МБТ в мокроте не определялись даже при наличии полости распада. Это объясняется худшим дренажем базальных отделов легких и нарушением бронхиальной проходимости.

Наши наблюдения показывают, что при инфильтративных изменениях туберкулезного характера в нижних отделах и при отсутствии своевременной специфической терапии очень быстро возникает деструктивный процесс, а в клиническом плане наступает даже некоторое улучшение в состоянии здоровья больного. В подобных случаях правильная диагностика осуществляется в еще более поздние сроки.

При наличии диссеминированных процессов в легких, в том числе и нижнедолевой локализации, правильный диагноз ставится более своевременно с учетом особенностей рентгенологических изменений (наличие очаговых

изменений как наиболее специфичный рентгенологический признак туберкулеза).

При рентгенологическом обследовании больных установлено, что нижнедолевой локализации подвержены в равной степени оба легких. Единственное, что можно отметить, — чаще поражение имело место в задних сегментах нижней доли.

При бронхоскопическом исследовании наиболее часто диагностировали специфическое поражение крупных бронхов, и изменения носили преимущественно экссудативно-инфильтративный характер. По локализации поражения на первом месте стоят нижнедолевые бронхи.

ВЫВОДЫ

1. Клиническое течение нижнедолевого туберкулеза легких в подавляющем большинстве случаев имеет острое и подострое течение с наличием выраженных симптомов интоксикации. Практически все больные с нижнедолевой локализацией выявлялись при обращении за медицинской помощью в учреждения ПМСП.
2. Нижнедолевой туберкулез характеризуется быстрым появлением деструкции в легочной ткани, и диагноз «туберкулез» в учреждениях ПМСП в основном подтверждается только обнаружением МБТ в мокроте.
3. При обнаружении в легких у больных патологических изменений нижнедолевой локализации необходимо тщательное и многократное исследование мокроты на МБТ.

Поступила 30.11.2006 г.