

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Изучены особенности течения туберкулеза лор-органов и сочетание его с другими заболеваниями. Туберкулез верхних дыхательных путей нередко встречается в практике оториноларинголога, но почти всегда является вторичным. Выявлено, что 100 % случаев поражение лор-органов сочеталось с поражением легких, что затрудняло лечение и сопровождалось множественной лекарственной устойчивостью. В ряде случаев было выявлено сочетание туберкулезного поражения лор-органов с другими заболеваниями (хронический ларингит, рак гортани и других локализаций, ХОБЛ).

**Ключевые слова:** туберкулез, лор-органы, диагностика, клиника, течение, ХОБЛ.

Туберкулез является широко распространенным заболеванием, особенно среди лиц с низким социальным статусом. Характеризуется полиорганностью поражения, длительными сроками потери трудоспособности, возможно инвалидизацией и летальным исходом. Туберкулез органов дыхания занимает первое место в структуре данной инфекционной патологии как среди мужчин, так и среди женщин [1]. До 98 % лиц, страдающих хроническими формами туберкулеза, являются курильщиками, что предполагает наличие у них, как сочетанной патологии, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). При развитии туберкулеза на фоне ХОБЛ затрудняется диагностика инфекционного заболевания в связи со сходностью клинической картины (кашель, затруднение дыхания, осиплость голоса), выше процент тяжелых форм, ниже эффективность лечения, за счет неблагоприятного влияния ХОБЛ на туберкулез и наоборот [2, 3].

Локализация туберкулезного процесса возможна как в верхних, так и нижних дыхательных путях. В настоящее время туберкулез верхних дыхательных путей, среднего уха нередко встречается в практике оториноларингологов [4–6]. Как правило, туберкулез лор-органов является вторичным поражением, осложняющим туберкулез легких, но имеются немногочисленные сообщения об изолированном поражении туберкулезным процессом среднего уха, миндалин [7, 8]. Такие случаи создают определенные сложности для своевременного выявления заболевания в поликлиниках общей лечебной сети. Известно, что туберкулез способен

поражать любой отдел лор-органов, но примерно в 60 % случаев страдает гортань — чаще, чем другие отделы верхних дыхательных путей, полости рта и уха. При развитии туберкулеза глотки и миндалин в 90 % случаев обнаруживают туберкулез гортани. Поздние диагностика и начало лечения туберкулеза, особенно при сочетании с другим соматическими заболеваниями, значительно ухудшают качество жизни больного и приводят к инвалидизации [9, 10].

**Цель исследования** — изучение особенностей клинического течения туберкулеза лор-органов в г. Омске и Омской области за период с 2009 по 2012 год.

**Материал и методы исследования.** Исследование простое, ретроспективное, проведено на базе казенного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический противотуберкулезный диспансер» за период с 2009 по 2012 год. Проанализированы истории болезни 210 больных туберкулезом лор-органов, отчеты о работе фтизиоотоларинголога.

Из 210 случаев туберкулеза лор-органов, выявленных в 2009–2012 гг., мужчин было 185 (88 %), женщин — 25 (12 %). Большинство больных были в возрасте 30–49 лет: 30–39 лет — 67 (32,1 %), 40–49 лет — 71 (33,6 %); 20–29 лет — 18 (8,6 %), 50–59 — 34 (16,4 %), старше 60 лет — 20 (9,3 %).

Исследование социального статуса больных с туберкулезным поражением лор-органов показало, что большая часть пациентов были жителями села — 163 (77,6 %), в городе проживали 47 (22,4 %), 45 (21,4 %) — не имели определенного места жительства (бомж). 184 (87 %) больных не имели

постоянного места работы. Ранее находились в местах лишения свободы 43 (20,4 %) человека. Злоупотребление алкоголем отмечено у 168 (80 %), табакокурение — у 203 (97 %) больных.

Все пациенты, включенные в исследование, получали 4–5 противотуберкулезных препаратов (согласно стандартным режимам химиотерапии, рекомендованным приказом МЗ РФ № 109), на фоне патогенетического лечения (витамины, антиоксиданты, препараты кальция, дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторы). Коррекция режима химиотерапии производилась после получения результатов теста на лекарственную устойчивость возбудителя. При поступлении в стационар и далее — каждые 1–2 месяца (при появлении жалоб, свидетельствующих о поражении лор-органов, — безотлагательно) больные были обследованы оториноларингологом.

**Результаты и их обсуждение.** При изучении особенностей клинического течения туберкулезного процесса было установлено, что в 100 % случаев поражение лор-органов у пациентов, находившихся под нашим наблюдением, сочеталось с поражением легких.

Структура клинических форм туберкулеза легких у пациентов, включенных в исследование, была следующей: у 98 (46,6 %) больных диагностировали фиброзно-кавернозный, у 73 (34,7 %) — инфильтративный, у 36 (17,1 %) — диссеминированный туберкулез легких. У 195 (90 %) человек было установлено бактериовыделение, подтвержденное методом посева. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза выявлена у 126 (60 %) больных: множественная устойчивость — у 82 (65,07 %), полирезистентность — у 27 (21,4 %), монорезистентность — у 17 (13,5 %) больных. В 2 (0,9 %) случаях туберкулезное поражение лор-органов сочеталось с туберкулезом внеторакальной локализации (1 случай — туберкулез периферических лимфатических узлов, 1 — туберкулезный папиллит).

У большинства — 103 (49,04 %) больных был диагностирован туберкулез среднего уха, у 97 (46, %) — гортани, у 9 (4,2 %) — глотки. У 9 (4,2 %) больных выявлено сочетанное туберкулезное поражение гортани и глотки. У 8 (3,8 %) больных туберкулез гортани сочетался с туберкулезом среднего уха. Среди жалоб, предъявляемых больными, преобладали: дисфония (в 100 % случаев), дисфагия — у 25 (11,9 %) пациентов, боль в горле — у 30 (14,2 %). При ларингоскопии одностороннее поражение установлено у 23 (23,7 %) больных, двустороннее — у 74 (76,2 %). Чаще определялось поражение голосовых отростков черпаловидных хрящей, черпалонадгортанных складок и межчерпаловидного пространства. Во всех случаях туберкулезного поражения гортани и глотки зарегистрировано бактериовыделение.

Основным и наиболее ранним симптомом, который отметили все пациенты с туберкулезным средним отитом, было резкое значительное снижение слуха. Через 3–8 дней после развития этого симптома у 93 (97 %) больных появилось обильное гнойное отделяемое из наружного слухового прохода, тогда как боли в ухе (нерезко выраженные) беспокоили лишь 5 (5,2 %) человек. При осмотре обычно обнаруживали гнойное отделяемое, гиперемии барабанной перепонки и наружного слухового прохода, наличие перфорации барабанной перепонки (как правило, единичной, больших размеров, множественные перфорации были обнаружены лишь у 5 пациентов).

Диагноз туберкулеза гортани был установлен своевременно у 28 (28,9 %) больных, у 69 (71,1 %) — заболевание было выявлено несвоевременно из-за ошибки в диагностике: в поликлиниках общей лечебной сети больным ставили диагноз «рак гортани», «абсцедирующий эпиглоттит», «острый ларингит», «хронический гипертрофический ларингит».

В ряде случаев было выявлено сочетание туберкулезного поражения лор-органов с другими заболеваниями. Так, у 22 (22,6 %) больных туберкулез гортани сочетался с хроническим ларингитом, у 5 (5,1 %) человек обнаружено сочетание туберкулеза гортани и плоскоклеточного рака гортани, у 3 пациентов — с раком внеторакальной локализации, у 32 % — с ХОБЛ. Во всех случаях сочетанной патологии для уточнения диагноза пациентам проводили дополнительное лабораторно-инструментальное обследование, при необходимости с гистологическим исследованием биопсийного материала.

Таким образом, учитывая высокую распространенность туберкулеза в Омске и Омской области, важно обратить внимание специалистов на возможность наиболее раннего выявления специфического поражения верхних дыхательных путей, высокую вероятность сочетания с неспецифическими воспалительными острыми и хроническими заболеваниями, для улучшения качества лечения и сокращения сроков нетрудоспособности.

#### **Выводы**

1. Туберкулез лор-органов в 100 % случаев сочетается с туберкулезом легких.
2. Туберкулез лор-органов чаще всего выявляется у мужчин в возрасте 30–49 лет, страдающих фиброзно-кавернозным или инфильтративным туберкулезом легких с бактериовыделением.
3. Значительное количество случаев несвоевременного выявления туберкулеза гортани специалистами общей лечебной сети требует обязательного изучения вопросов клиники и диагностики данной формы туберкулеза при подготовке врачей-оториноларингологов.
4. Сочетание туберкулеза с другими сопутствующими заболеваниями затрудняет диагностику и лечение как основной, так и сопутствующей патологии и требует от врача дополнительных знаний или привлечения специалистов смежных специальностей (лор, терапевт, пульмонолог, фтизиатр, хирург, онколог).

#### **Библиографический список**

1. Заболеваемость взрослого населения России в 2011 году: статистические материалы [Электронный ресурс]. — 2012. — Режим доступа: [www.rosminzdrav.ru](http://www.rosminzdrav.ru) (дата обращения: 09.04.2014).
2. Влияние фенотипических особенностей и тяжести ХОБЛ на риск развития туберкулеза / А. В. Мордык [и др.] // XIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. тр. — М., 2013. — С. 386.
3. Риск развития туберкулеза у пациентов с ХОБЛ / А. В. Мордык [и др.] // XIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. тр. — М., 2013. — С. 386–387.
4. Гюсан, А. О. Двусторонний туберкулезный средний отит, осложненный лабиринтной тугоухостью и парезом лицевого нерва с обеих сторон / А. О. Гюсан, Р. Х. Узденова // Вестник оториноларингологии. — 2008. — № 3. — С. 61–62.
5. Наблюдение туберкулезного стеноза гортани / А. В. Инкина [и др.] // Вестник оториноларингологии. — 2008. — № 3. — С. 69–70.
6. Чумаков, Ф. И. Лор-органы и туберкулез / Ф. И. Чумаков, О. В. Дерюгина. — М.: Медицина, 2004. — 159 с.

7. Туберкулез и внутренние болезни : учеб. пособие / А. С. Свистунова [и др.] ; под ред. А. С. Свистуновой, Н. Е. Чернеховской. — М. : Академия, 2005. — 512 с.
8. Фтизиатрия: национальное руководство / Под ред. М. И. Перельмана. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 390–395.
9. Шилова, М. В. Туберкулез в России в 2007 году / М. В. Шилова. — М., 2008. — 152 с.
10. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.). — М. : Атмосфера, 2012. — 85 с.

**БЕКМУХАМБЕТОВА Наталья Владимировна**, врач-оториноларинголог Клинического противотуберкулезного диспансера.

**ИВАНОВА Ольга Георгиевна**, кандидат медицин-

ских наук, доцент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии Омской государственной медицинской академии.

**МОРДЫК Анна Владимировна**, доцент, доктор медицинский наук, заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии Омской государственной медицинской академии.

**БАГИШЕВА Наталья Викторовна**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии Омской государственной медицинской академии.

Адрес для переписки: bnv\_62\_62@mail.ru

Статья поступила в редакцию 08.07.2014 г.

© Н. В. Бекмухамбетова, О. Г. Иванова, А. В. Мордык, Н. В. Багишева

УДК 616.284-002-036.11-092.4:616.428-091.8

**С. Ю. КРОТОВ  
Ю. А. КРОТОВ  
И. Н. ПУТАЛОВА  
А. В. ПАВЛОВ**

Омская государственная  
медицинская академия  
Омская областная  
клиническая больница

## ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДНЕГО УХА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

В условиях экспериментального острого среднего отита изучали реакцию регионарных лимфатических узлов. Морфофункциональные преобразования на 4 и 12 сутки с момента индукции воспаления свидетельствуют об активно протекающем воспалительном процессе как в среднем ухе, так и в регионарных лимфатических узлах. Эти изменения необходимо учитывать при лечении острого среднего отита.

**Ключевые слова:** острый средний отит, лимфатические узлы.

Острый средний отит относится к часто встречающейся патологии уха. Его возникновение связано с инфицированием воздухоносных полостей височной кости бактериальной либо вирусной микрофлорой [1–4]. Ответом на микробную инвазию является развитие воспалительного процесса как со стороны первичного очага (барабанная полость, слуховая труба, воздухоносные ячейки сосцевидного отростка), так и лимфатического аппарата (лимфатические сосуды и узлы) височной и подчелюстной областей, являющегося основным путем элиминации токсинов, дренажа и детоксикации тканевой жидкости и лимфы. Центральным

звеном лимфатического региона среднего уха считаются регионарные лимфатические узлы, которые в различной степени могут быть вовлечены в воспалительный процесс [5, 6]. Тем не менее их роль в патогенезе отита мало изучена и не учитывается при разработке и реализации различных методов лечения больных.

**Цель исследования** — выявление морфофункциональных преобразований лимфатических узлов среднего уха при экспериментальном остром среднем отите.

**Материал и методы исследования.** Экспериментальное исследование проведено на 25 белых