



УДК 616.24 - 002.57 - 031.13 - 013.758.8 : 681.31

В.В. Куковицкая, В.П. Свистунова

ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ПРОБЛЕМА СВОЕВРЕМЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

*Дальневосточный государственный медицинский университет;
ГУЗ «Противотуберкулезный диспансер», г. Хабаровск*

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Хабаровском крае, как и в России, характеризуется как неблагоприятная. Критериями оценки неблагоприятия являются удельный вес и структура несвоевременно выявленных, запущенных форм туберкулеза. К сожалению, во фтизиатрии не имеется четкого понятия о распределении форм туберкулеза по своевременности выявления. В одних регионах Российской Федерации к запущенным формам относят фиброзно-кавернозный и кавернозный туберкулез, в других — дополнительно и диссеминированный туберкулез в фазе инфильтрации и распада [1, 2].

Это обусловлено тем, что за последние десять лет изменилось клинико-морфологическое течение процесса: стал доминировать казеозный вариант воспаления, вновь, как и много лет назад, стали регистрироваться распространенные, острые, генерализованные формы. Частота выявления подобных форм туберкулеза, по данным разных авторов, колеблется от 40 до 81%. Такой характер процесса стали диагностировать не только при классических острых формах туберкулеза легких (милиарном туберкулезе и казеозной пневмонии), но и при других проявлениях специфической инфекции, что и послужило основанием для выделения больных этой категории под единым обозначением «остропрогрессирующий туберкулез легких» (ОПТЛ) [3].

Диссеминированный туберкулез (ДТ), по данным некоторых авторов, составляет от 16 до 34,5% ОПТЛ и включает в себя гематогенные диссеминации и лимфогенное поражение аденогенного генеза. Диссеминированный туберкулез в условиях снижения иммунитета часто развивается по варианту экссудативно-некротичес-

кого воспаления с образованием ацинозно-лобулярных, сливных лобулярных и сегментарных фокусов, чаще гематогенного происхождения [4]. Особенности клинико-морфологического течения заболевания послужили поводом для возможности пересмотра трактовки диагноза диссеминированного туберкулеза в фазе распада как запущенного процесса. В этих случаях рекомендуется рассматривать деструкцию как своеобразное течение туберкулеза, а не как результат врачебных ошибок и вины больного. Фиброзно-кавернозный туберкулез по-прежнему следует считать запущенным процессом независимо от сроков рентгенофлюорографического обследования (ФГО) [5].

Материалы исследования и наблюдения

За период 2005, 2006 и 2007 гг. под нашим наблюдением находились 245 впервые выявленных больных, которым был установлен диагноз «диссеминированный туберкулез в фазе инфильтрации и распада». В зависимости от сроков флюорографического обследования, предшествующего развитию заболевания, все больные были разделены на группы: 1 группа — срок флюорографического обследования менее 1 г. — 29 чел. (11,8%); 2 группа — срок предшествующего обследования 1-2 г. — 111 чел. (45,3%); 3 группа — срок флюорографического обследования от 2 до 5 лет — 48 чел. (19,6%); 4 группа — срок флюорографического обследования более 5 лет — 57 чел. (23,3%) (табл. 1).

Общее количество случаев диссеминированного туберкулеза в фазе распада в Хабаровском крае на протяжении 3 лет остается относительно стабильным. Деструктивный диссеминированный туберкулез легких у

Таблица 1

Распределение больных ДТ в фазе распада в зависимости от сроков флюорографического обследования, предшествующего заболеванию

Год обследования	Срок обследования				Всего
	1 группа (до 1 г.)	2 группа (1-2 г.)	3 группа (от 2 до 5 лет)	4 группа (более 5 лет)	
2005	8	40	17	21	86
2006	15	38	15	20	88
2007	6	33	16	16	71
Итого	29 (11,8%)	111 (45,3%)	48 (19,6%)	57 (23,3%)	245 (100%)

Таблица 2

Распределение больных ДТ в фазе распада по методу выявления в зависимости от сроков флюорографического обследования, предшествующего заболеванию

Метод выявления	Срок обследования				Всего
	1 группа (до 1 г.)	2 группа (1-2 г.)	3 группа (от 2 до 5 лет)	4 группа (более 5 лет)	
Проф. осмотр	12 (41,4%)	39 (35,1%)	9 (18,8%)	10 (18%)	70 (28,6%)
Обращение	17 (58,6%)	72 (64,9%)	39 (81,2%)	47 (82%)	175 (71,4%)
Итого	29 (100%)	111 (100%)	48 (100%)	57 (100%)	245 (100%)

70 чел. (28,6%) был выявлен при профилактических осмотрах; у 175 чел. (71,4%) — при обращении в общелечебную сеть с жалобами (повышение температуры тела, одышка, кашель, как правило, с мокротой, похудание, слабость). Распределение больных по способу выявления заболевания и срокам обследования отражено в табл. 2. Острота клинических проявлений диссеминированного туберкулеза легких с распадом определила более чем у одной трети больных (36,3%) выявление процесса через общелечебную сеть в сроки до 1-2 лет от предшествующего рентген-флюорографического обследования.

Выделение микобактерий туберкулеза в мокроте было обнаружено у 199 чел. (81,2%). Такой удельный вес бактериовыделителей объясняется не только недостаточной организацией бактериологической диагностики в ряде районов края, но и является подтверждением развития остро прогрессирующего туберкулеза легких (ОПТЛ), когда разжижение казеоза еще не произошло или только началось. Характеристика бактериовыделения в зависимости от сроков предыдущего флюорографического обследования представлена в табл. 3. Наибольшая частота бактериовыделения регистрируется в 1; 2 и 3 группах больных, где туберкулез легких, и это очень важно в эпидемиологическом плане, в основном выявляется по обращению.

Субтотальный объем поражения обоих легких, что является характерным для остро прогрессирующего диссеминированного туберкулеза, наблюдался у 223 чел. (91%), локализация в пределах 1-2 долей — у 17 больных (7%), в пределах 2 сегментов — у 5 чел. (2%).

Приводим клинический пример.

Больной М., 35 лет, обратился к терапевту с жалобами на одышку, боли в грудной клетке, повышение температуры тела до 38-39°C, слабость на протяжении 2

Резюме

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Хабаровском крае характеризуется как неблагоприятная. Диссеминированный туберкулез в условиях снижения иммунитета часто развивается по варианту экссудативно-некротического воспаления с образованием акинозно-лобулярных, сливных лобулярных и сегментарных фокусов гематогенного происхождения.

Под наблюдением находились 245 впервые выявленных больных с диагнозом «диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада». Бактериовыделение обнаружено у 81,2% больных. Через общелечебную сеть по обращению было выявлено 36,3% больных. Субтотальный объем поражения обоих легких при остро прогрессирующем диссеминированном туберкулезе наблюдался у 91% больных. Лица трудоспособного возраста составили 58%. Лица с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и ВИЧ-инфекцией — 44,4%, с алкоголизмом — 12,7%.

Остро прогрессирующий диссеминированный туберкулез легких следует расценивать, как фазу течения гематогенной по генезу акинозно-нодозной казеозной пневмонии.

Ключевые слова: диссеминированный туберкулез легких, бактериовыделение, акинозно-нодозная казеозная пневмония, флюорографическое обследование.

V.V. Kukovitskaya, V.P. Svistunova

DISSEMINATED PULMONARY TUBERCULOSIS AND THE PROBLEM OF DETECTION OF TUBERCULOSIS PROCESSES IN TIME

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

TB epidemiological situation is unfavorable in Khabarovsk. Due to weak immunity disseminated pulmonary TB develops as an exudative-necrotic inflammation with the appearance of acinus-lobular and segmental foci of hematogenic origin.

245 patients with the diagnosis of the disseminated TB in the phase of infiltration and degradation were diagnosed for the first time. 81% of patients have positive culturing. 36,3% of patients were diagnosed at ambulatory examination. 91% of patients with disseminated pulmonary TB have the subtotal volume of lesions of both lungs. 58% of patients are working persons. 44,4% of patients have concomitant diseases of gastro-intestinal tract and HIV. 12,7% of patients are alcoholics.

Acute disseminated pulmonary TB should be considered as hematogenic phase of acinous-nodous caseous pneumonia.

Key words: disseminated pulmonary TB, acinous-nodous caseous pneumonia, X-ray examination.

нед. Срок предыдущей флюорографии — 7 мес. назад. В связи с характером жалоб направлен на внеплановое обследование. Рентгенологически выявлены изменения в виде диссеминации и распада легочной ткани, экссудативного левостороннего плеврита. Консультирован фтизиатром, направлен на лечение в стационар, где на 15 сут больной умер.

Таблица 3

Выявление бактериовыделения у больных ДТ в фазе распада в зависимости от сроков флюорографического обследования, предшествующего заболеванию

Диагноз	Срок обследования				Всего
	1 группа (до 1 г.)	2 группа (1-2 г.)	3 группа (от 2 до 5 лет)	4 группа (более 5 лет)	
МБТ +	23 (79,3%)	93 (83,8%)	43 (89,6%)	40 (70,2%)	199 (81,2%)
МБТ -	6 (20,7%)	18 (16,2%)	5 (10,4%)	17 (29,8%)	46 (18,8%)
Итого	29 (100%)	111 (100%)	48 (100%)	57 (100%)	245 (100%)

По социальному статусу на момент выявления заболевания преобладали неработающие лица трудоспособного возраста — 142 чел. (58%), работающие составили 75 чел. (30,6%), пенсионеры — 20 чел. (8,2%), инвалиды по сопутствующим заболеваниям — 8 чел. (3,2%).

Из медицинской группы риска по туберкулезу (среди больных с неспецифическими заболеваниями внутренних органов) диссеминированный туберкулез легких с распадом и бактериовыделением был выявлен у 18,4%. Наибольший удельный вес среди больных из медицинской группы риска составили лица из 1, 2 групп с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта,

ВИЧ-инфекцией, где предыдущие сроки флюорографического обследования не превышали 1-2 г. (44,4%). В 4 группе преобладали больные с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) (33,3% случаев). Среди всех случаев диссеминированного туберкулеза легких алкоголизмом страдал 31 чел. (12,7%).

Таким образом, представленные данные позволяют считать, что нецелесообразно рассматривать все случаи диагноза диссеминированного туберкулеза легких в фазе распада как запущенные и поздно выявленные формы специфического процесса. Данные клинко-рентген-лабораторных исследований подтверждают, что у 36,3% больных было наличие остро прогрессирующего туберкулеза легких, как фаза течения гематогенной по генезу ацинозно-нодозной казеозной пневмонии.

Л и т е р а т у р а

1. Бородулин Б.Е., Бородулина Е.А. Фтизиатрия. М., 2004.
2. Греймер М.С. // БЦЖ. 2001. №6. С. 34-36.
3. Греймер М.С., Баласанянц Г.С. // Проблемы туберкулеза. 2003. №4. С. 29-31.
4. Кибрик Б.С., Челнокова О.Г. // Вестник рентгенологии и радиологии. 2003. №35. С. 21-27.
5. Корецкая Н.М. // Новый подход к оценке своевременности выявления туберкулеза: Мат-лы VII Рос. съезда фтизиатров. М., 2003.



УДК 616.24 - 008.4 : 616 - 08 - 035 : 615.835

Т.Д. Примак, Б.С. Эрдынеева, Е.А. Шевчук, С.В. Калинина

СТРУКТУРНЫЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ВХОДНЫХ ВОРОТ ИНФЕКЦИИ ПРИ СТАФИЛОКОККОВОМ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

В этиологической структуре острых и хронических инфекций верхних дыхательных путей (ВДП), госпитальных инфекций ведущая роль принадлежит грамположительной микрофлоре, преимущественно стафилококкам [8]. В последнее время широкое распространение получили дисбиозы носовой полости, ротоглотки, являющиеся основной причиной стафилококкового носительства на слизистой верхних отделов респираторного тракта [2, 4, 7].

Целью исследования явились оценка цитологических и микробиологических изменений слизистой носоглотки и разработка нового способа коррекции стафилококкового бактерионосительства.

Материалы и методы

Обследовано 1600 здоровых лиц детородного возраста и 240 взрослых с выявленными хроническими заболеваниями ВДП. Структурные изменения на слизистой носовой полости оценивали цитологическим методом мазков-отпечатков по Л.А. Матвеевой [6] с определением количественных и качественных показателей. Содержание микроорганизмов в отделяемом носоглотки проводили полуквантитативным методом, тип бактерионосительства оценивали с помощью цитоскопического метода, дифференцируя резидентную и транзитную стафилококковую микрофлору [7]. Проведено лечение 60 взрослым, имевшим в носовой полости присутствие