

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**С. П. ПОПОВА, Н. Г. БЕЗБОРОДОВ***Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии РУДН
Москва 117198 ул. Миклухо-Маклая д. 8. Медицинский факультет*

Проблемы заболеваемости туберкулезом в настоящее время в нашей стране приобретают особую актуальность. Мы наблюдали 80 больных различными формами туберкулеза, поступающих в инфекционную больницу по поводу ОРВИ. Чаще заболевали лица из группы риска. Преобладающими были инфильтративный (42 больных) и диссеминированный туберкулез легких (19 больных). Особенностью течения болезни было острое и подострое начало болезни, при этом у 18 человек болезнь начиналась с катаральных явлений. Характерна высокая лихорадка, интоксикационный синдром, частое одностороннее поражение легких, выраженные физикальные данные. При поражении средней и нижней доли легкого деструктивные процессы развивались за короткий период времени. Бактериологическое подтверждение не превышало 17,5%.

Проведение единой национальной программы контролируемого лечения и фтизиатрическая настороженность врачей всех специальностей должны принести положительный эффект.

Ключевые слова: туберкулез, инфекционные болезни.

Проблема заболеваемости туберкулезом в мире в настоящее время стала более актуальной, чем 20 лет тому назад. С начала 90-х годов во многих странах мира, в том числе и в России, количество больных туберкулезом продолжает увеличиваться [1,2, 3].

В связи с возрастанием заболеваемости туберкулезом участились случаи обнаружения больных с данной патологией в инфекционных больницах. Нами проведены клинические наблюдения 80 больных различными формами туберкулеза, у которых диагноз был установлен во время обследования в отделении респираторных инфекций инфекционной клинической больницы №1 г. Москвы.

Больные направлялись с различными диагнозами, поставленными врачами при первичном осмотре в поликлинике или на дому: грипп (40 чел.), аденовирусная инфекция (12 чел.), ОРВИ (8 чел.), ангина (15 чел.), в отдельных случаях дифтерия, малярия, менингококковая инфекция, иерсиниоз. Хотя, по данным анамнеза, туберкулез легких ранее уже был диагностирован у 14 больных, при направлении на госпитализацию как сопутствующее заболевание он фигурировал только у одного больного.

Большинство наблюдавшихся больных (72-90%) были мужчины в возрасте от 20 до 59 лет, старше 60 лет – 2, в возрасте от 15 до 19 лет – 6 больных. Преобладали жители г. Москвы – 57 человек (71,2%), из стран СНГ прибыли 6 больных, иностранных граждан было 17. В профессиональном плане среди москвичей преобладали рабочие, студенты и военнослужащие, 8 человек работали на пищевых предприятиях и в торговле; 15 больных на момент госпитализации не работали, 3 человека были пенсионерами и инвалидами по соматическим заболеваниям. Лица без определенного места жительства, и прибывшие из мест заключения, составили незначительную группу – всего 5 человек.

Различные заболевания органов дыхания в анамнезе зарегистрированы у 39 (48,7%) больных, в том числе у 1 – туберкулез легких. Другие сопутствующие болезни зарегистрированы у 16 (20%) больных, 50 % больных злоупотребляли алкоголем, наркотики принимал один больной. Прямой контакт с больными туберкулезом в семье или в других условиях имели 5 человек, 33 больных свое заболевание связывали с выездами в другие регионы, 32 – с переохлаждением.

В результате проведенного обследования в инфекционном отделении у 42-х больных (56,6%) был выявлен инфильтративный туберкулез легких, из них у 30 заболевание диагностировано впервые, у 8 человек имелись указания на перенесенную болезнь в детстве или в последующий период жизни.

Из них прибыли в Москву из других стран – 6 человек, из разных городов России – 5. У большинства больных (36) выявлено двухстороннее поражение, реже наблюдалось (у 6) – одностороннее. Инфильтративный процесс наблюдался у 26 больных, у 16 отмечены признаки распада. Микобактерии обнаружены только у 10 больных этой группы.

На втором месте по частоте был диссеминированный туберкулез легких, выявленный у 19 человек (23,7%), в том числе у 3 диагностирован милиарный туберкулез, у остальных

ных подострый диссеминированный туберкулез с распадом. Среди больных этой группы также преобладали жители города – 15 человек, иностранных граждан было 3, один больной прибыл из мест заключения.

У остальных 19 больных (23,7%) диагностированы другие формы болезни: очаговый (9), и фиброзно-кавернозный (4) туберкулез легких, туберкулезный плеврит (3), поражение внутригрудных лимфатических узлов (3).

При всех формах преобладающим было среднетяжелое течение болезни (у 72-90% больных), легкое было только у одного, а состояние 7 больных диссеминированным туберкулезом легких при поступлении расценивалось как тяжелое.

Клиническая диагностика туберкулеза представляла определенные трудности, т.к. у большинства больных начало болезни было острым, только у 14 человек симптомы болезни нарастали постепенно в течение от 1 до 4-х недель. Лихорадка наблюдалась у всех больных- субфебрильная- у 41 (51,2%), у остальных 39 (48,8%) выше 38°C. Продолжительность лихорадки зарегистрирована в следующих пределах: в течение 4-5 дней – у 50 (62,5%) больных, 6-10 дней – у 17 (21%), более 10 дней у 12 (15%), а у одного более месяца. Однако ее истинную продолжительность определить было трудно из-за того, что не все больные до поступления в стационар измеряли температуру тела, а также потому, что по мере установления диагноза больных переводили в специализированные стационары. Также у большинства больных были выражены проявления интоксикационного синдрома: головная боль, нередко интенсивная с головокружением, выраженная слабость, артралгия и миалгия, снижение аппетита. У части больных тошнота, рвота, боли в животе. Ознобы и обильную потливость, связанные с лихорадкой отмечали 11 больных. Кашель с мокротой от слизистой до гнойной выявлялся у 46 больных, у 4-х – с примесью крови. Боли в груди были у 24 больных, одышка в покое у 9. У 18 больных наряду с этим были катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, явления тонзиллита, лимфаденопатия. Симптомом комплекс, характерный для ОРВИ, в большинстве случаев стал причиной направления больных в инфекционный стационар.

При углубленном объективном исследовании органов дыхания удалось верифицировать болезнь. При перкуссии обнаружили зоны укорочения легочного звука (у 32 больных), или «коробочный» звук (у 8); при аускультации в зависимости от характера поражения отмечалось жесткое (у 37) и ослабленное (у 26) дыхание, влажные (у 34) и сухие (у 51) хрипы, шум трения плевры (у 2-х). При рентгенологическом исследовании у 61 (76,3%) установленное одностороннее поражение, у 19 (23,7%) – двухстороннее. При инфильтративном туберкулезе легких (30 больных), диагностированном впервые, очаги обнаруживали преимущественно в верхней доле пораженного легкого. У 8 больных туберкулезный процесс распространялся на среднюю долю или сочетался с плевритом. При диссеминированном туберкулезе легких поражились оба легких, в части случаев обнаруживали признаки распада.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы выражались преимущественно тахикардией, приглушением тонов сердца, гипотонией. Астено-невротические проявления более выраженными были у лиц, страдавших хроническим алкоголизмом. В гемограмме у больных превалировал умеренный лейкоцитоз, лейкопения зарегистрирована только у 5 больных. Палочкоядерный нейтрофильный сдвиг в лейкоцитарной формуле отмечен у 36 больных, увеличение СОЭ-у 32. В клиническом анализе мочи наблюдавшиеся изменения мало отличались от изменений, характерных для лихорадочных состояний разной этиологии. При исследовании анализа мокроты ВК выявлены у 14 из 80 больных (17,5%), при бактериологическом исследовании высевались энтерококк, зеленящий стрептококк, грибы.

В связи с первично установленным диагнозом пневмонии различной локализации и обширности поражения больным назначали массивную антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия или антибиотиками группы резерва.

Однако уже через 4-5 дней лечения установлено отсутствие или слабая эффективность проводимой терапии. Динамическое клиническое наблюдение и рентгенологическое обследование подтверждали наличие туберкулезного поражения легких. В ряде случаев уже в условиях инфекционного стационара назначалась противотуберкулезная терапия не менее чем тремя препаратами после консультации фтизиатра. В дальнейшем больных переводили в специализированные стационары или направляли в противотуберкулезные диспансеры. В среднем пребывание больных в изолированных полубоксах длилось от 4-х до 10 дней.

Таким образом, наши наблюдения подтверждают мнение о значительных трудностях при диагностике туберкулеза, особенно на ранних этапах болезни. Одной из особенностей течения болезни на современном этапе является острое и подострое течение болезни, что на до госпитальном этапе часто служит причиной ошибочного диагноза ОРВИ. Наличие инфильтративного процесса в легких вначале болезни ошибочно расценивается как острые пневмонии. Следует отметить частое обнаружение у больных обширных деструктивных процессов в легких, развивающихся за короткое время.

Нетипичное, острое начало у ряда больных с катаральных явлений нередко связано с наличием ОРВИ, которые послужили пусковым моментом для начала или обострения имевшегося ранее туберкулезного процесса.

Для развития распространенных форм туберкулеза имеют значение отягощающие моменты социального характера. Так, по нашим данным, чаще заболевали лица, входящие в группы риска: бомжи, безработные иностранные граждане стран ближнего и дальнего зарубежья. Эти контингенты, кроме того, не охвачены флюорографическим исследованием. Появления случаев заболевания среди школьников позволяет усомниться в строгом соблюдении правил вакцинации и ревакцинации.

Обращает на себя внимание маленький процент бактериологического подтверждения болезни даже при фибринозно-кавернозных формах туберкулеза. Вероятнее всего это объясняется недостаточной квалификацией лабораторной службы поликлиник и даже стационаров.

Создание и внедрение единой национальной программы по борьбе с туберкулезом, финансируемой правительством по принципу острого контролируемого лечения (ДОТ), особенно с учетом появления резистентных форм микобактерий, должно принести положительный эффект. Пока же врачи всех специальностей должны проявлять фтизиатрическую настороженность и проводить тщательную дифференциальную диагностику болезней с туберкулезом.

Литература

1. Туберкулез: Руководство для врачей (под ред. А.Г. Хоменко). - М.: Медицина, 1996. 496 с.
2. Видель А.А., Гурьева М.Э. Туберкулез: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение. Издательство ГЭОТАР, Медицина. 1999 г.
3. Crofton S, Horne N, Miller F. Clinical Tuberculosis

ON TB DIAGNOSTICS IN THE CLINIC OF INFECTIOUS DISEASES S.P. POPOVA N.G. BEZBORODOV

Chair of infectious diseases with the epidemiology course. RFPU. Moscow 117198, Mikluho
Maklai street 8 Faculty of Medicine

The problem of TB has become especially urgent in our country. We followed 80 patients with different forms of TB who were sent to the hospital with "ORVI" (Acute Respiratory Virus Infection) diagnosis. More often they belonged to the risk group. The majority had infiltrative (42 patients) and disseminated TB (19 patients). The peculiarity of the disease's course was an acute or a sub-acute beginning in 18 persons the disease started with catarrh symptoms. Characteristic features were high fever, intoxication syndrome, frequent one-side affection of lungs, definite physical data. When the middle and the lower part of the lung were affected, the destructive processes developed in a short period of time. Bacteriological confirmation did not exceed 17,5%. A wide-national programme of controlled treatment phthisiological awareness of all doctors should have a positive effect.

Key words: TB, infectious diseases.