

Наибольшая высеваемость МБТ отмечена среди лиц с остаточными изменениями после перенесенного туберкулеза легких (0,5%), больных с неспецифическими заболеваниями органов дыхания (0,5%) и мочеполовой системы (0,4%).

Одной из проблем фтизиатрии, как известно, является проблема вторичной лекарственной устойчивости МБТ. Результаты наших исследований свидетельствуют, что количество лекарственно-устойчивых форм МБТ с 30,1% в 1985 г. увеличилось до 57,7 и 59,5% в 1989 и 1994 гг. Наиболее заметное повышение частоты лекарственно-устойчивых МБТ наблюдалось к рифампицину (соответственно 1,0%, 12,6% и 19,9%) и этамбутолу (0,8%, 3,6% и 3,9%). Одинаково высоким был процент устойчивости МБТ к препаратам ГИНК (30,7%) и стрептомицину (31,6%). Приведенные данные отражают изменения состава больных, а также качества и режимов лечения и в свою очередь являются ориентиром для планирования химиотерапии.

Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что на современном этапе борьбы с ту-

беркулезом бактериологическая диагностика не утратила своего значения и остается наиболее доступной и достаточно эффективной в своевременном выявлении заболеваний туберкулезом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черноградский И.П., Захаров В.Т. и др.// Пробл. туб. — 1990. — № 8. — С. 13—15.

Поступила 15.12.95.

TUBERCULOSIS BACTERIOLOGIC DIAGNOSIS IN CONDITIONS OF THE INTER-DISTRICT ANTITUBERCULOSIS CENTRE

O.V. Shakurova, S.A. Nurieva, A.Z. Tutik, S.E. Kukarkin, L.P. Erokhova

S u m m a r y

The state of tuberculosis bacteriologic diagnosis for 1985—1994 in conditions of the inter-district antituberculosis centre is studied. It is shown that the number of inoculations to one patient with active tuberculosis as well as micobacteria inoculation depend on the volume of bacteriologic investigations and the quality of pathologic material. The growth of bacillar patients number is stated showing the change for the worse of tuberculosis epidemiologic situation. The high efficacy of the cultural diagnosis method particularly of pulmonary tuberculosis among persons of heightened risk of the disease in comparison with fluorographic examination is noted.

УДК 616.24—002.54—07—08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛОБАРНОЙ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

Р.Ш. Валиев

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии (зав. — проф. Г.А. Смирнов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

В последние годы участились случаи туберкулеза, протекающего по типу казеозной пневмонии. Поэтому проблема излечения больных прогрессирующим туберкулезом легких полностью не решена несмотря на успехи противотуберкулезной химиотерапии.

Будучи одной из наиболее тяжелых форм туберкулеза легких, казеозная пневмония в доантибактериальном периоде встречалась довольно часто, обычно быстро прогрессировала и заканчивалась смертью больного. В конце 70-х годов ее частота среди деструктивных форм туберкулеза легких составляла 8—9% [2, 3].

В литературе последних лет имеются лишь единичные публикации, посвященные лобарной казеозной пневмонии. Мы

попытались охарактеризовать особенности ее течения в современных условиях.

Под нашим наблюдением находились 108 больных лобарной казеозной пневмонией. Мы сопоставили выявленные у них особенности клиники, диагностики и лечения заболевания с данными обследования больных лобарной и лобулярной казеозной пневмонией, леченных в нашей клинике в 1965—1986 гг. [1]. Результаты такого сравнительного анализа показали дальнейший рост заболеваемости тяжелыми, часто малокурабельными формами туберкулеза легких.

Частота заболеваемости лобарной казеозной пневмонией составила среди мужчин 89,1%, женщин — 10,9%. Отмечено более частое поражение лиц в возрасте старше 50 лет. В возрасте 30—

39 лет было 24,3% больных, 40—49 — 27,0%, 50—59 — 40,5%, 60 лет и старше — 8,2%.

Довольно характерен социальный состав обследованных больных. Установлено, что 37,9% заболевших лобарной казеозной пневмонией занимались низкоквалифицированным трудом (кочегары, грузчики, дворники и т.п.), а остальные нигде не работали. В селе проживали только 5,4% человек, в городе — 78,4%, остальные 16,2% больных не имели определенного места жительства.

Одним из факторов риска заболевания казеозной пневмонией можно считать пребывание в местах лишения свободы. Данное заболевание было обнаружено у 59,4% лиц, находящихся в заключении, причем у многих из них неоднократно. К более частой заболеваемости туберкулезом легких, нередко осложняя его течение, приводит и хронический алкоголизм. Им страдали 56,7% больных, обследованных нами. По-видимому, указанные выше факторы риска отразились и на их семейном положении — в браке состояли только 32,7% заболевших. Остальные 67,6% больных были одиночками, в том числе 21,6% лиц в браке ранее никогда не состояли, а 46,1% — были разведены.

Дополнительными факторами риска являются также сопутствующие заболевания. Так, ХНЗЛ выявлены у 18,9% больных, заболевания центральной нервной системы — у 18,9%, язвенная болезнь желудка и перенесенная на нем операция — у 5,4%, сахарный диабет — у 5,4%, заболевания сердечно-сосудистой системы — у 12,8%, прочие болезни — у 2,7%.

Таким образом, при лобарной казеозной пневмонии имеет место сочетание различных факторов риска, что, естественно, не может не сказаться на своеобразии течения туберкулеза.

Исходя из приведенных выше данных, можно составить социальный "портрет" больных туберкулезом данной формы: 9 из 10 человек были мужчинами, причем преимущественно старше 50 лет, 2/3 — неработающими и одиночками; более чем в половине случаев они страдали хроническим алкоголизмом и вернулись из мест лишения свободы. Кроме того, у каждого третьего имелись сопутствующие заболевания в виде сахарного диабета, ХНЗЛ, язвенной болезни желудка, у каждого пятого — ор-

ганические поражения центральной нервной системы или психические заболевания.

Клиническая картина лобарной казеозной пневмонии отличается значительной выраженностью симптомов. У 81,1% больных это заболевание было выявлено при самостоятельном обращении в поликлинику с различными жалобами. Как правило, начало заболевания было острым, с быстрым (в течение 3—4 дней) повышением температуры и явлениями интоксикации. В остальных случаях болезнь обнаружена при профилактическом флюорографическом обследовании; при сборе анамнеза у всех таких больных отмечались клинические проявления заболевания, на которые они не обращали внимание из-за частого сопутствующего хронического алкоголизма.

96,4% больных жаловались чаще на кашель. На начальных этапах он был, как правило, сухой и лишь в дальнейшем, при прогрессировании болезни, к нему присоединялось выделение слизисто-гнойной или гнойной мокроты. Количество последней достигало 70—100 мл в сутки, часто 150 мл и более. Установлена прямая зависимость тяжести состояния больного от количества выделяемой гнойной мокроты, то есть чем ее больше, тем тяжелее протекает туберкулез.

Другим довольно характерным признаком при лобарной казеозной пневмонии является повышение температуры тела. В 79,1% случаев она достигала 38—39° С, у остальных больных была субфебрильной.

Очень часто отмечались одышка респираторного типа, ночные поты, слабость, гиподинамия.

При анализе изменений со стороны крови было выявлено, что у всех больных имеется увеличение СОЭ не менее 20 мм/ч. В 32,4% случаев она не превышала 30 мм/ч, в 5,6% — 31—40 мм/ч, в 62,2% — была более 40 мм/ч, достигая в части наблюдений до 60—70 мм/ч, что свидетельствовало о значительной выраженности воспалительных изменений. Количество лейкоцитов в 43,2% наблюдений достигало $10000 \cdot 10^9/\text{л}$, в 24,4% — $10—12 \cdot 10^9/\text{л}$, в 32,4% — более $12 \cdot 10^9/\text{л}$.

Довольно значительными были изменения и со стороны качественного состава лейкоцитов с выраженным сдвигом влево. У 48,6% обследованных

количество палочкоядерных нейтрофилов достигало 15%, у остальных — более 15%, нередко 25—30%. Только в 27% случаев можно было констатировать нормальное количество лимфоцитов. У остальных больных имела место относительная лимфопения, которая в 13,2% наблюдений возрастала до 20%, в 59,4% — была менее 20%, снижаясь в значительной части случаев до 10—12%.

У всех обследованных содержание гемоглобина было менее 0,8 ммоль/л, то есть отмечалась гипохромная анемия. Нарушения иммунологического статуса, которые мы выявили по относительной лимфопении, подтвердились данными, полученными при постановке пробы Манту с 4 и 6-м разведениями АТК. Диаметр папулы с 0,1 мл 4-го разведения АТК в 32,4% случаев не превышал 5 мм, в 35,2% — достигал 8 мм и только в 32,4% — был более 10 мм.

Прямая бактериоскопия мокроты в 56,7% случаев выявила наличие бацилловыделения, обильный рост микобактерий туберкулеза. При этом только в единичных случаях отмечена первичная устойчивость их к антибактериальным препаратам, что позволяет считать возникновение туберкулеза результатом реактивации эндогенного процесса.

Анализ данных предыдущего рентгенологического исследования показал, что даже при относительно регулярном осмотре в 45,9% случаев лобарная казеозная пневмония возникала между двумя последующими флюорографическими обследованиями. В половине из этих случаев срок последнего флюорографического обследования был менее одного года. Установлено также, что 18,9% больных не обследовались в течение 3—4 лет, 21,6% — 5 лет и более. В 13,5% случаев сведения о прохождении рентгенологического исследования органов грудной клетки отсутствовали.

Наиболее часто (87,3%) у больных с лобарной казеозной пневмонией процесс локализовался справа в верхней доле, у остальных — слева. В части случаев при рентгенологическом исследовании отмечено уменьшение объема легочной ткани со смещением головки правого корня вверх и подчеркнутой добавочной междолевой бороздой. У этих лиц нами повторно был изучен рентгенологический архив. Во всех случаях срок последнего флюорографического обследования был менее 2 лет, и на флюорограммах патологические

изменения отсутствовали. У остальных больных объем доли был неизменен или даже увеличен. При всех вариантах болезни выявлялась выраженная инфильтрация легочной ткани негомогенной структуры. Последняя обусловлена как за счет очаговости тени, так и в связи с наличием множественных участков деструкции, которые видны уже на прямой рентгенограмме.

Особенностью лобарной казеозной пневмонии является незначительное количество очагов бронхогенного засева на начальных этапах. По-видимому, данный феномен обусловлен быстрым (в течение нескольких дней) прогрессированием болезни. Утяжеление клиники заболевания приводит больного к врачу на ранних сроках. При рентгенологическом исследовании в это время выявляется преобладание инфильтрации деструктивных изменений, а очаги засева хотя уже и есть, однако еще рентгеноотрицательны и становятся заметными только через 2—3 недели.

Во всех случаях были обнаружены каверны диаметром не менее 5 см. У большинства больных размеры полостей достигали 7—10 см, вокруг них всегда определялись и каверны меньшего размера, а также очаговые тени.

Лечение больных лобарной казеозной пневмонией имеет свои особенности. При антибактериальной терапии необходимо использование наиболее эффективных препаратов. Изониазид на начальных этапах обычно вводился внутривенно капельно из расчета 10 мг/кг массы тела в 200 мл изотонического раствора хлористого натрия. Мы убедились в том, что применение более высоких доз изониазида ухудшает состояние больных, что, по-видимому, связано с частой патологией печени на почве предшествующего хронического алкоголизма. Кроме того, использовали рифампицин в дозе от 0,45 до 0,6 г и стрептомицин в обычной дозировке, если не было каких-либо причин ее изменять. По показаниям больные получали пиразинамид в дозе 30 мг/кг массы тела. Как известно, последний хорошо действует в казеозе в условиях кислой среды. Однако в таких случаях необходимо следить за переносимостью столь мощной терапии и регулярно проверять функциональные возможности печени.

Схема лечения больных лобарной казеозной пневмонией включала так-

же дезинтоксикационные средства (гемодез), гепарин (по 5000 единиц через день) в течение 2—3 недель с целью улучшения микроциркуляции в зоне поражения. Через 1—2 недели от начала химиотерапии назначали глюкокортикоидные гормоны, анаболические средства. При наличии противопоказаний к приему глюкокортикоидных гормонов больные получали этимизол или другие нестероидные противовоспалительные средства, тиосульфат натрия, витамин Е.

Глюкокортикоиды, как известно, способны подавлять иммунную систему. Поэтому мы считаем, что при лобарной казеозной пневмонии с целью стимулирования иммунитета до назначения кортикостероидных гормонов необходимо введение иммуномодуляторов с целью активации "нулевых" клеток. Для этого чаще применяли Т-активин в течение 5 дней по 1,0 мл или тималин по 1,0 мл (№ 5—10). Кроме указанных средств, предписывали комплексные витаминные препараты (ундевит, гендевит, декамевит, юникап и т.п.). Одним из методов лечения при казеозной пневмонии, особенно в случаях плохой переносимости антибактериальных препаратов, является коллапсотерапия (чаще всего пневмоперитонеум). Последний обычно накладывают через 2—3 недели от начала химиотерапии. В дальнейшем, после улучшения состояния больных, лечение проводилось по принципам терапии распространенных деструктивных форм туберкулеза легких.

Результаты лечения больных лобарной казеозной пневмонией в отличие от обычного инфильтративного туберкулеза легких оказываются менее значительными, что связано как с особенностями течения этого варианта специфического процесса, так и с отказом больных от длительного стационарного лечения. После снятия симптомов интоксикации, субъективного улучшения состояния больные начинали нарушать режим, часто самовольно прерывали лечение и выписывались из стационара. Продолжительность пребывания в стационаре у 40,6% больных была менее 4 месяцев. Еще в 13,5% случаев она составляла 5—6 месяцев; остальные пациенты выписывались на более поздних этапах. Изменения со стороны крови к моменту выписки из стационара нормализовались пол-

ностью только у 29,7% лиц. Это происходило, как правило, не ранее 4 месяцев лечения, в большинстве случаев — через 6—7 месяцев терапии. Среди больных, у которых бацилловыделение было обнаружено методом прямой бактериоскопии мокроты, уже через 2 месяца лечения в 85,7% случаев отмечалась негативация мокроты. В то же время методом посева даже на фоне интенсивного лечения абациллирование констатировано только у 40,5% больных, причем в 80% случаев — через 2 месяца, в 20% — на более поздних этапах.

Частота закрытия каверн при лобарной казеозной пневмонии в наших наблюдениях мало зависела от сроков стационарной терапии. Это подтверждается тем, что только у 22,2% больных, леченных в стационаре более 10 месяцев, достигнута стабилизация процесса с последующим их переводом во II группу диспансерного учета. У остальных больных сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

Анализ отдаленных результатов лечения больных лобарной казеозной пневмонией на сроках от одного года до 5 лет показывает, что 27,3% из них умерли от прогрессирующего туберкулеза, при этом в 22,2% случаев смерть наступила в первые 1—2 месяца пребывания в стационаре, еще в 44,4% — в течение первого года от момента выявления туберкулеза. Остальные больные погибли более чем через 2 года от срока взятия на учет. При анализе выявлено, что 6,1% больных умерли от нетуберкулезных заболеваний.

Уровень смертности от казеозной пневмонии в значительной степени зависит от размеров и количества полостей распада, а также от количества выделяемой мокроты. Среди лиц, выделяющих в сутки более 150 мл гнойной мокроты, умерли 85,6% больных.

Наиболее частым исходом лобарной казеозной пневмонии на фоне лечения является формирование фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, который зарегистрирован в 39,3% случаев. Хирургическое лечение таких больных в большинстве случаев оказывалось невозможным из-за частого отказа больных от операции в силу их асоциальности или распространенности процесса. При полноценном комплексном длительном лечении лиц, страдающих лобарной казеозной пневмонией, в 18,2% случаев удавалось добиться ста-

билизации процесса и абациллирования больных. Однако и в этих наблюдениях речь идет только о санации каверн, а не об их закрытии и рубцевании. Только в одном случае нами констатировано клиническое излечение лобарной казеозной пневмонии с переводом больной в III группу учета, при этом закрытие полости распада наступило вследствие ее заполнения. В остальных случаях больные обычно длительно состоят на учете в IA группе.

В настоящее время отмечается рост удельного веса лобарной казеозной пневмонии. Она имеет клинико-рентгенологические особенности, значительно отличающие ее от других вариантов. Кроме того, существуют различия в тактике лечения и исходах болезни. Знание этих особенностей позволит фтизиатрам проводить более успешную диагностику и лечение таких больных.

УДК 616.711—002.5—0.53.9—089.8

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

В. Н. Лавров, К. М. Зиятдинов, Ф. Б. Галиуллин

*Российский НИИ фтизиопульмонологии (директор — проф. А.А. Приймак)
Минздравмедпрома России, Казанская городская туберкулезная больница
(главрач — Ф.М. Валитов)*

Туберкулезный спондилит является наиболее частой локализацией костно-суставного туберкулеза, а в последнее время в связи с ухудшением социально-экономических условий его частота увеличилась у лиц старших возрастных групп [1, 6, 7]. Лечение больных этой сложной категории представляет определенные трудности из-за наличия у них сопутствующих заболеваний, иммунодефицита, развития токсико-аллергических реакций на противотуберкулезные препараты и неврологических осложнений, составляющих от 75,2 до 78,1% [2,3,5]. Эти трудности predispose к выбору консервативного лечения, что, безусловно, осложняет течение заболевания вплоть до развития спинномозговых расстройств (до 71,8% [4]) и снижают процент оперативного лечения страдающих туберкулезным спондилитом старших возрастных групп [1, 8].

Нами проанализированы результаты оперативного лечения 95 больных туберкулезным спондилитом (мужчин — 51, женщин — 44) в возрасте от 55 до 78

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастасьев В.С., Равдель Г.Д., Мартыненко З.А.// Пробл. туб. — 1988. — № 8. — С. 58—61.
2. Гавриленко В.С., Шулаева З.А., Либенсон А.С. и др. Особенности клиники и диагностики туберкулеза легких и внелегочной локализации. — М., 1981.
3. Либенсон А.С. Совершенствование лечебной помощи больным туберкулезом органов дыхания. — М., 1981.

Поступила 15.12.95.

PECULIARITIES OF THE CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LOBAR, CASEOUS PNEUMONIA

R.Sh. Valiev

Summary

The clinical picture of lobar, caseous pneumonia, peculiarities of its roentgenologic picture and laboratory data are analyzed. The differences in the tactics of treatment and outcomes of the disease that can have concrete practical importance are shown.

лет. От 55 до 60 лет было 23 (24,2%) пациента, от 61 до 65 — 29 (30,5%), от 66 до 70 — 28 (29,5%) и более 70 лет — 15 (15,8%). Процесс локализовался в пределах 2 позвонков у 36 (37,9%); распространенная форма выявлена у 59 (62,1%) больных. Заболевание длилось до 6 месяцев у 26 (27,4%) больных, до 12 — у 53 (55,8%), свыше одного года — у 16 (16,8%). Постепенное развитие процесса отмечено у 74 (77,9%) больных, быстрое — у 21 (22,1%). Больные длительное время — от 3 месяцев до одного года — находились в других лечебных учреждениях, что приводило к развитию неврологических осложнений (у 73), пролежней (у 9), нарушений функций тазовых органов (у 15), свищей (у 7). Поздняя диагностика процесса и большой процент осложнений объясняются отсутствием у врачей настороженности в отношении воспалительной патологии позвоночника, поверхностной и недифференцированной оценкой болевых ощущений и неврологической симптоматики, переоценкой клиники сопутствующих заболеваний.