

Сопоставление микрофлоры ушного гноя туберкулезных и нетуберкулезных больных каких-либо существенных различий не выявило. Сходные данные в отношении неспецифической флоры ушного гноя у туберкулезных больных были получены А. М. Крымоном на материале этого же отделения института туберкулеза свыше 30 лет назад.

Известно, что в гное из ушей довольно часто встречаются кислотоупорные сапрофиты (М. В. Триус и др.). Поэтому при бактериоскопическом исследовании мазков, окрашенных по Циль—Нильсену, следует особенно тщательно проводить дифференциацию между микобактериями туберкулеза и кислотоупорными сапрофитами. У обследованных нами 23 больных (25 отитов) кислотоупорные сапрофиты были обнаружены у 3.

Из 3 больных с туберкулезом полости среднего уха у одного микобактерии туберкулеза в большом количестве были обнаружены при обычной бактериоскопии мазка, окрашенного по Циль—Нильсену.

При подозрении на возможность туберкулезного поражения среднего уха следует рекомендовать и цитологические исследования. Среди наших больных туберкулезом среднего уха у одного цитологическое исследование выявило характерные для туберкулеза эпителиоидные клетки, у другого — небольшой участок фиброзной ткани с подозрением на некроз, чего ни разу не было отмечено среди остальных больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенский А. Н. В кн.: Болезни уха, носа и горла. Под ред. С. М. Компанейца, том I, часть 2. Медгиз, М., 1937; Руководство по туберкулезу, том II, книга 2. Медгиз, М., 1959.—2. Вознесенская И. А. Вестн. оториноларингол., 1947, 6.—3. Емельянов М. Д. Воспаление среднего уха. Медгиз, М., 1957.—4. Крымон А. М. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1931, 7—8.—5. Лепнев П. Г. Арх. сов. оториноларингол., 1937, 2.—6. Подгаецкий Г. Б. и Пух Е. И. Вестн. оториноларингол., 1958, 2.—7. Распопов А. П. Вопр. туберк., 1924, 3—4.—8. Сибуль С. Ф. О туберкулезной этиологии хронического отита. Автореф. канд. дисс., Тарту, 1959.—9. Триус М. В. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1930, 10—12.—10. Щеглова Ф. Э. Вестн. оториноларингол., 1940, 7—8.

УДК 616.233—007.64—616.24—002.5

## О РОЛИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Н. А. Гланцберг

*Специализированный санаторий «Колманово» (главврач — Н. А. Гланцберг)  
Научный руководитель — зав. кафедрой грудной хирургии  
Ленинградского ГИДУВа проф. С. А. Гаджиев*

Вопрос о значении туберкулеза в качестве этиологического фактора бронхоэктатической болезни у детей и подростков до сих пор не разрешен. Большинство авторов считает, что в формировании бронхоэктазий ведущая роль принадлежит неспецифическим поражениям (С. М. Гавалов, 1961; Е. Т. Иванова, 1960; И. М. Кодолова, 1963; А. П. Колесов, 1951, и др.). А. Я. Цигельник (1948) подчеркивает туберкулезную этиологию кровотокающих форм бронхоэктатической болезни. Dietzsch (1962) у 65% детей с первичным туберкулезом наблюдал прорыв лимфатических узлов в бронх и лишь у единичных больных впоследствии возникали бронхоэктазы.

Olson (1955) у 50% больных с эндобронхиальным туберкулезом обнаружил бронхоэктазии. Бронхоэктазы сопутствуют главным образом фиброзно-кавернозным формам туберкулеза (П. П. Угрюмов и Н. И. Володин, 1961; В. В. Пучков, 1959; П. П. Байда, 1962, и др.). Е. Т. Гаганова (1953) на основании изучения патологоанатомических изменений у детей и подростков, погибших от туберкулеза, пришла к выводу, что при фиброзно-кавернозных формах бронхоэктазы встречаются в 4 раза чаще, чем при диссеминированных, и в 11 раз чаще, чем при первичных. Вместе с тем В. А. Чуканов (1939) указывает на возможность возникновения бронхоэктазий в связи с первичным аффектом. В основе их развития, по его мнению, лежат фиброзирующие процессы типа периаденита. Подчеркивается также важнейшая роль ателектаза в генезе посттуберкулезных расширений бронхов вследствие развития бронхиальной обструкции, вызываемой как рубцовыми стенозами, так и воспалительными изменениями стенки бронхов (Н. Ф. Першина, 1938; А. Х. Аршас, 1961; В. И. Баранов, 1950; Т. И. Казак и В. П. Крживицкая, 1964; Clark и Golding, 1959, и др.). В. К. Таченко (1962) придает решающее значение при первичном туберкулезе у детей лимф-

адено-бронхогенным процессам, приводящим к развитию сморщивания сегментов легкого, подразумевая под этим переход воспалительного процесса с пораженного лимфатического узла на стенку бронха с развитием бронхита. Автор считает, что при бронхоэктатической болезни происходит прогрессирующее сморщивание доли и дальнейшее распространение воспалительного процесса. Для посттуберкулезных же бронхоэктазий, по мнению автора, характерно развитие фиброзного сморщивания легкого одновременно с деформацией бронхов.

В 1962—1965 гг. под нашим наблюдением находилось 412 подростков, страдающих бронхоэктатической болезнью. Туберкулезная этиология заболевания при этом была установлена у 4 из них.

У больных был небольшой кашель со скудным отделением слизистой мокроты без запаха и примеси крови. Указания на частые простудные заболевания и пневмонии отсутствовали. Давность заболевания была от 1,5 до 3 лет. Начало его больные связывали с туберкулезным бронхоаденитом, по поводу которого они получали антибактериальное лечение. При исследовании обращало на себя внимание отсутствие каких-либо физикальных проявлений, характерных для бронхоэктатической болезни. Поражения у всех больных локализовались в правом легком, в нижней и средней долях. Рентгенологически отмечались явления перибронхиального фиброза и сморщивания пораженных отделов легкого. При бронхографии обнаруживались миллярные (у 2) и цилиндрические (у 2) бронхоэктазы по ходу сегментарных бронхов нижней и средней долей. Расширения бронхов (преимущественно сердечного и переднебазального сегментов нижней доли) были небольшими и умеренными. Выявленные бронхоэктазии определялись на фоне выраженной деформации бронхов пораженной доли. Сегментарные и субсегментарные бронхи были сближены между собой, а соответствующие сегменты уменьшены в объеме.

Мы склонны согласиться с большинством авторов, отводящих туберкулезу лишь ограниченную роль в этиологии бронхоэктатической болезни у подростков. Формирование посттуберкулезных бронхоэктазов в этом возрасте связано, по-видимому, с развитием фиброзного сморщивания пораженных отделов легкого, с резкой деформацией и обструкцией бронхов вследствие перенесенного первичного туберкулеза. Характерными особенностями подобного рода бронхоэктазий, согласно нашим наблюдениям, являются их правосторонняя локализация с поражением нижней и средней долей легкого, весьма скудные клинические проявления, а также незначительные размеры расширений бронхов.

Вопросы дифференциальной диагностики бронхоэктатической болезни и туберкулеза легких подробно освещены в литературе (В. Ф. Сигачев, В. А. Равич-Щербо, Г. Р. Рубинштейн, В. К. Таточенко, П. Е. Лукомский, Galy и Brune, Clark и Golding, Nelson и др.).

Значительные затруднения в диагностике возникают в случаях бронхоэктатической болезни с верхнедолевой локализацией процесса, составивших, согласно нашим данным, всего 2,2% от общего количества всех долевого и сегментарного поражений у подростков с бронхоэктазиями. Мы полагаем, что среди диагностических критериев, помимо клинических и лабораторных тестов, обязательными и главными должны быть данные рентгенологического исследования, в частности бронхографии. Выявление грубого фиброза пораженных участков легкого на рентгенограммах, множественные мешотчатые бронхоэктазии ателектатического типа, определяемые при бронхографическом исследовании, свидетельствуют больше в пользу бронхоэктатической болезни с неспецифической этиологией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. И. Тер. арх., 1950, 6.— 2. Гавалов С. М. Хронические неспецифические пневмонии у детей и их этапное лечение. Медгиз, М., 1961.— 3. Гаганова Е. Т. Изменения бронхов при интраторакальном туберкулезе у детей и подростков. Автореф. канд. дисс., Л., 1953.— 4. Иванова Е. Т. Бронхоэктатическая болезнь в подростковом и юношеском возрасте. Автореф. канд. дисс., М., 1960.— 5. Казак Т. И., Крживицкая В. П. Клин. мед., 1964, 12.— 6. Кодолова И. М. Арх. патол., 1963, 4.— 7. Колесов А. П. Происхождение, развитие и распознавание некоторых форм бронхоэктазий. Автореф. канд. дисс., Л., 1951.— 8. Лукомский П. Е. Сов. мед., 1947, 12.— 9. Першина Н. Ф. Пробл. туб., 1938, 5.— 10. Равич-Щербо В. А. Ошибки в клинике легочного туберкулеза. Медгиз, М., 1954.— 11. Рубинштейн Г. Р. Дифференциальная диагностика заболеваний легких. Медгиз, М., 1949.— 12. Сигачев В. Ф. В кн.: Тр. I терапев. конф. Поволжья. Горький, 1943.— 13. Таточенко В. К. Педиатрия, 1962, 9.— 14. Угрюмов Б. П. и Володин Н. И. Тез. докл. научн. конф. по вопр. пульмонологии. Рига, 1961.— 15. Цигельник А. Я. Бронхоэктатическая болезнь. Медгиз, Л., 1948.— 16. Чуканов В. А. Клин. мед., 1939, 2—3.