

4. ВКГ чаще, чем ЭКГ, способствует диагностике гипертрофии левого желудочка, особенно на ранних стадиях ее развития, но не дает достоверной информации для дифференциальной диагностики недостаточности полудунных клапанов аорты и стеноза устья аорты.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акулиничев И. Т. Практические вопросы векторкардиоскопии. Медгиз, 1960.—
2. Гасилин В. С. В кн.: Тр. Куйбышевского мед. ин-та, т. 20, 1962; Векторкардиография. Куйбышев, 1963.—3. Гасилин В. С. и Миронова Ю. П. Клини. мед., 1960, 6.—
4. Кечкер М. И. Там же, 1960, 6; Тер. арх., 1962, 10.—5. Кечкер М. И. и Шургай Ш. И. Клини. мед., 1958, 8.—6. Кянджунцева Э. А., Маколкин В. И. Там же, 1960, 6.—7. Попов В. Г. и Маколкин В. И. Кардиология, 1969, 6.—8. Тартаковский М. Б. Однополюсная электрокардиография. Медгиз, Л., 1958; Основы клинической векторкардиографии. Медицина, Л., 1964; Тер. арх., 1960, 7.—9. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. Медгиз, М., 1957.—10. Wengler R. Klinische Vectorcardiographie. Darmstadt, 1956.—11. Wolff L., Richman J. L., Soffe A. M. Am. Heart J., 1954, 47, 2, 161—173.

УДК 616.24—002—616.24—002.5

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Б. Д. Гиршов, И. Л. Баркан

*Противотуберкулезное объединение № 6 Ленинского района г. Ленинграда (главврач — В. Н. Рижинашвили)*

Необходимость дифференциации пневмонии и туберкулеза легких в практической работе врача встречается довольно часто. В последние годы диагностика этих заболеваний стала более трудной. Это связано с тем, что различие в клиническом течении пневмонии и туберкулеза сгладилось. С одной стороны, участились случаи вяло текущих пневмоний, с другой — увеличилось число лиц с малыми формами туберкулеза. Образованию затяжных и хронических форм пневмоний способствует ряд факторов, из которых главными являются изменение микрофлоры и беспорядочный прием антибиотиков. Установлено, что наиболее частыми возбудителями пневмоний в настоящее время являются стафилококк и стрептококк, а не пневмококк.

На нашем материале у 92% больных пневмониями выявлена устойчивость к одному или нескольким наиболее часто употребляемым антибиотикам (пенициллин, стрептомицин, биомидин, тетрациклин).

Раннее применение антибиотиков приводит к неравномерности развертывания воспалительного процесса. Вследствие этого рентгенологическая картина пневмонии становится нетипичной, что создает дополнительные диагностические затруднения.

Атипичность клинической картины туберкулеза связана, по-видимому, с изменением реактивности организма под влиянием вакцинации и ревакцинации БЦЖ; иной стала и структура выявляемых больных благодаря массовым осмотрам по раннему выявлению.

Сближение клинико-рентгенологической картины пневмоний и туберкулеза ведет к ошибкам в диагностике, а следовательно, к зачислению больных с атипичным течением пневмоний в группу туберкулезных больных и назначению им ненужного и дорогостоящего лечения.

Особые трудности возникают при заболевании неспецифической пневмонией больных со старым туберкулезом легких. В этих случаях необходимо исключить обострение туберкулезного процесса.

Мы поставили перед собой задачу выяснить, что является наиболее важным при проведении дифференциальной диагностики пневмоний и туберкулеза в таких трудных случаях. В этом отношении наш материал представляет определенный интерес, так как у подавляющего числа больных с пневмониями при направлении в стационар подозревался туберкулез легких. Подозрение основывалось на следующем: 1) затяжное течение болезни, несмотря на лечение антибиотиками; 2) верхнедолевая локализация процесса; 3) бессимптомное течение болезни, выявляемое при профилактической флюорографии.

Для сравнительной оценки клинического течения пневмоний и туберкулеза мы подвергли анализу 252 больных, находившихся на обследовании и лечении в стационаре тубообъединения Ленинского района Ленинграда. У 104 больных были пневмонии и у 148 — впервые выявленный очаговый и инфильтративный туберкулез легких. Больных с пневмониями в возрасте до 30 лет было 29, от 30 до 50 лет — 21 и старше — 44; больных туберкулезом — соответственно 74, 53 и 21 чел.

Клиническое течение. Для пневмоний характерно острое начало с высокой температурой и значительным количеством жалоб (60,5%); у туберкулезных больных

острое начало отмечено лишь в 7%, бессимптомное течение — в 54%. При пневмониях значительно чаще изменено дыхание и наблюдаются катаральные явления. При неспецифических процессах физикально-акустические данные выражены ярче и динамика их скоротечнее. При туберкулезе они скудные или вообще отсутствуют.

При пневмониях чаще определяются высокие цифры РОЭ при нормальном или несколько повышенном лейкоцитозе (63,4%). У туберкулезных больных в большинстве случаев (72,3%) РОЭ и лейкоцитоз в пределах нормы. При пневмониях изменения в гемограмме держатся дольше, нередко до полного рассасывания очага. У туберкулезных больных нормализация картины крови наступает довольно быстро, значительно опережая анатомическую эволюцию.

Мы изучили градуированные туберкулиновые пробы. У больных с пневмониями папула 15 мм и более была лишь в 15,4%, тогда как у туберкулезных — в 50%, и у 7 из них были особенно пышные реакции (везикулы с лимфангоитом).

Рентгенологические данные. При пневмониях очаговые тени были у 23 больных, инфильтрации — у 61, в том числе с распадом — у 21, перибронхиальные изменения и лимфогемостаз — у 20.

Ретроспективный анализ нашего материала позволяет выделить некоторые особенности рентгенологической картины: а) интенсивность очаговых теней при пневмониях меньше, чем при туберкулезе. При туберкулезе очаги нередко имели полиморфный характер и были разной очерченности, так как имели различную давность. При пневмониях очаги однородные с нечеткими контурами; б) у больных с пневмониями отмечалось резкое расширение, нечеткость, избыточность легочного рисунка. У туберкулезных больных изменение рисунка было обычно в месте локализации очагов. Лишь при инфильтратах и инфильтративной вспышке очагового процесса видна отводящая «дорожка» к корню; в) у больных с пневмониями чаще наблюдалась реакция со стороны корня, чем при туберкулезе.

Динамика процесса. При туберкулезе рентгенологически заметное рассасывание определяется не ранее 2—3-месячного срока лечения, лишь в некоторых случаях может наступить более быстрая динамика за счет уменьшения гиперергической реакции вокруг очагов. Однако в последующем довольно долго отсутствует какая-либо динамика. При пневмониях обратное развитие процесса начинается в более ранние сроки: 9—12 дней.

Рентгенологическая динамика процесса у больных с пневмониями и туберкулезом приведена в таблице.

приведена в таблице.

| Срок                            | Начало рассасывания |            | Полное рассасывание |            |
|---------------------------------|---------------------|------------|---------------------|------------|
|                                 | число больных       |            |                     |            |
|                                 | пневмония           | туберкулез | пневмония           | туберкулез |
| До 2 недель . . . . .           | 48                  | 0          | 28                  | 0          |
| До 1 месяца . . . . .           | 31                  | 0          | 30                  | 0          |
| В течение 1—2 месяцев . . . . . | 25                  | 16         | 23                  | 0          |
| В течение 2—3 месяцев . . . . . | 0                   | 55         | 3                   | 0          |
| Свыше 3 месяцев . . . . .       | 0                   | 41         | 2                   | 3          |
| Без динамики . . . . .          | 0                   | 36         | 0                   | 0          |
| Итого . . . . .                 | 104                 | 148        | 86                  | 3          |

Мы полагаем, что при назначении больным курса противотуберкулезного лечения необходимо на первых порах производить частые рентгенологические исследования, чтобы не пропустить момента начала рассасывания инфильтрата. Установление факта раннего обратного развития процесса, наряду с другими клиническими данными, должно явиться поводом для пересмотра диагноза и изменения намеченного лечения. Мы неоднократно были свидетелями разбора больных, у которых изменения в легких, расценивавшиеся вначале как туберкулезные, через 2 месяца полностью исчезали. Однако отсутствие раннего рентгенологического контроля и проведение противотуберкулезной терапии не давали права с полной уверенностью отвергать туберкулезную природу заболевания, что и вызывало ряд затруднений в дальнейшем ведении больных.

## ВЫВОДЫ

1. Сближение клинико-рентгенологической картины пневмоний и туберкулеза приводит к дополнительным трудностям при дифференциальной диагностике и является причиной диагностических ошибок.

2. Важное значение для распознавания этих заболеваний имеют следующие показатели: а) острое начало заболевания и более выраженные физикально-акустические данные при пневмониях; б) рассасывание пневмонической инфильтрации в более ранние сроки, как правило, в течение 2—4 недель.

3. При назначении курса противотуберкулезной терапии необходимы контрольные рентгенологические исследования в ранние сроки для исключения неспецифической природы заболевания.