

Хронический туберкулезный риносинусит у больного с распространенным деструктивным туберкулезом легких

Мы наблюдали случай хронического левостороннего верхнечелюстного риносинусита туберкулезной этиологии.

К., 57 лет, состоит на учете в ГСМО “Фтизиатрия” по поводу инфильтративного туберкулеза легких с 1998 г. Неоднократно короткими курсами его лечили в туберкулезном стационаре и амбулаторно. В январе 2000 г. он был госпитализирован в Казанскую городскую туберкулезную больницу в связи с жалобами на кашель со скудной мокротой, слабость, одышку при физической нагрузке; наблюдалась и отрицательная рентгенологическая динамика. После клинического, рентгенологического, лабораторного и бактериологического методов обследования ему был поставлен клинический диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения БК(+).

Анализ крови от 28.01.2000 г.: л. — $7,9 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ — 22 мм/ч, п. — 9%.

Рентгенограммы органов грудной клетки от 31.01.2000 г. показали слева в зоне I—II сегментов деформированную полость распада (4,0х3,0 см), рассеянные множественные очаги на всем протяжении слева, а также во II сегменте справа, в нижних отделах слева неоднородные инфильтрации с полостями распада. Спустя 2 месяца рентгено-томографическое обследование выявило прогрессирование деструктивного туберкулеза легких, обусловленное тем, что больной был недисциплинированным, систематически нарушал больничный режим и лечился короткими курсами. Определена устойчивость к трем противотуберкулезным препаратам: изониазиду (10 мкг/мл), стрептомицину (10 мкг/мл), этамбутолу 2 (мкг/мл).

3 февраля 2000 г. во время осмотра оториноларингологом больной жаловался на заложенность носа, периодические головные боли в лобной области, малую субфебрильную температуру.

Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Наружный нос правильной формы, слизистая розовая, покрыта гнойными корками. Носовые ходы широкие, слева в среднем носовом ходе видна гнойная дорожка. В хрящевом отделе перегородки носа — перфорационное отверстие диаметром 0,7-0,8 см округлой формы с ровными краями. Пальпация в области клыковой ямки слева болезненна. Был взят мазок из носа на микобактерии туберкулеза методом бактериоскопии и посева. На основании отрицательных анализов крови кардиолипновым антигеном на сифилис, ИФА на ВИЧ были исключены сифилис носа и СПИД. В мазке из носа методом посева обнаружен обильный рост микобактерий туберкулеза с сохранением чувствительности ко всем противотуберкулезным препаратам.

На рентгенограммах околоносовых пазух визуализируется тотальное затенение левой верхнечелюстной пазухи и ячеек решетчатого лабиринта, костные стенки пазухи сохранены.

С диагностической и лечебной целью произведена пункция левой верхнечелюстной пазухи. Получен густой гной со специфическим запахом. В пазуху было введено 200 тыс. ед. натриевой соли бензилпенициллина. В посеве гноя из левой верхнечелюстной пазухи обнаружен обильный рост микобактерий туберкулеза. На основании анамнеза, клинико-рентгенологического, лабораторного, бактериологического исследований мокроты и мазка из носа, риноскопического осмотра, рентгенографии околоносовых пазух больному поставлен клинический диагноз: инфильтративный туберкулез легких в фазе распада и обсеменения; хронический левосторонний гнойный риносинусит туберкулезной этиологии в фазе обострения БК (+).

Больному дважды была произведена пункция левой верхнечелюстной пазухи с промыванием полости 0,9% раствором хлорида натрия. Проводился курс лечения: антибиотик оксамп по 1,0 г 4 раза в день внутримышечно в течение 10 дней, 10% хлористый кальций по 10,0 мл внутривенно в течение 10 дней; изониазид, пиразинамид, рифампицин внутрь, канамицин внутримышечно; местно эндоназально 10% раствор изониазида и рифампицина в течение одного месяца. После месячного курса лечения наступило лекарственное абациллирование мазка из носа.

Считаем, что описание данного редкого случая служит напоминанием врачам-оториноларингологам и фтизиатрам о возможности развития хронического риносинусита туберкулезной этиологии.