

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ В КЛИНИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

В. С. Анастасьев, Г. А. Смирнов, Р. М. Фаттахова

Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В последние годы отмечается рост числа пневмоний, протекающих с нетипичной клинической картиной, затяжное и осложненное течение которых может быть причиной диагностических ошибок. Деструктивные пневмонии, большей частью без выраженной клиники острого абсцесса легкого, нередко принимаются за инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, особенно при их верхнедолевой локализации.

Дифференциальная диагностика специфического и неспецифического деструктивного процесса в легких не представляет трудностей, если в мокроте больного найдены микобактерии туберкулеза. Однако скудность бацилловыделения, часто обусловленная предварительным лечением предполагаемой пневмонии препаратами, действующими и на возбудитель туберкулеза (канамицин, рифамицин, стрептомицин), приводит к тому, что выявить его методом прямой бактериоскопии удается не всегда. По нашим данным, у поступивших в стационар впервые выявленных больных с различными формами туберкулеза в фазе распада в 32,7% случаев микобактерии в мокроте были обнаружены только методом посева, результаты которого приходится ожидать до 3 мес.

Мы проанализировали истории болезни 180 больных деструктивной пневмонией, поступивших в клинику туберкулеза; 61,2% из них были старше 40 лет. Мужчины составляли большинство (85%). Для сравнительной оценки некоторых клинико-рентгенологических показателей изучены истории болезни 159 больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких, среди которых также преобладали мужчины (82,2%) старше 40 лет (53,7%). Большинство больных деструктивной пневмонией курили и злоупотребляли алкоголем. Вероятно, эти вредные привычки являются факторами, предрасполагающими к затяжному и осложненному течению воспалительного процесса в бронхолегочной системе. Длительность болезни до госпитализации у 5,6% больных не превышала 1 нед, у 16,7% — 1—2, у 32,2% — 2—4, у 14,4% — 4—6 и у 31,1% — более 6 нед. По мотивам направления в противотуберкулезный стационар среди них можно выделить 2 группы больных.

1. Больные с ошибочным диагнозом туберкулеза или с подозрением на специфический процесс, которое возникло: а) вследствие объективных трудностей, связанных с необычной клинико-рентгенологической картиной болезни; б) в результате переоценки или недооценки тех или иных данных анамнеза, клиники, лабораторных исследований и рентгенологической картины; в) в связи с недостаточно полным обследованием. Часто диагностические ошибки были обусловлены самолечением или нерациональной врачебной тактикой на первых этапах лечения, которые искажали клиническую и рентгенологическую картину болезни.

2. Больные, по отношению к которым не было серьезных сомнений в неспецифической природе заболевания, особенно с тяжелым прогрессирующим течением на фоне антибактериальной терапии (обычно неадекватной или нерациональной). Их направляли в туберкулезную больницу не с целью дифференциальной диагностики, а для оказания специализированной пульмонологической помощи.

До госпитализации терапия не проводилась 40 больным. Остальные лечились в больницах общего профиля, однако лишь у 54 наблюдалось уменьшение симптомов болезни без заметной рентгенологической динамики; у 86 лечение было полностью неэффективным, в том числе у 50 выявлено прогрессирующее течение легочного процесса. Таким образом, в большинстве случаев до госпитализации в противотуберкулезный стационар имели место терапевтические неудачи.

По рентгенологической картине у 36% больных деструктивные пневмонии были ограниченными (фокусные образования, не выходящие за пределы субсегмента), у 21,3% — сегментарными и бисегментарными, у 28% — долевыми и субтотальными, у 14,7% — многофокусными.

Большое значение при дифференциальной диагностике может иметь локализация патологического процесса. У абсолютного большинства взрослых формы вторичного туберкулеза, в том числе и деструктивного, располагаются в апикодорсальной зоне (I, II, VI сегменты), в то время как при пневмонии такой закономерности нет.

У 30% больных имело место поражение III сегмента, средней доли и сегментов базальной пирамиды, то есть локализация была характерной для пневмонии и редко встречалась при туберкулезе. В сочетании с другими клинико-рентгенологическими данными подобная локализация позволяла с большой долей достоверности устанавливать диагноз, так как специфический процесс, ограниченный указанными пределами, может встречаться в основном при первичном и старческом аденогенном бронхолегочном туберкулезе. Последний приходится дифференцировать не с деструктивной (полости распада при нем редки), а с затянувшейся хронической пневмонией и центральной бронхокардиномой. Поэтому большинство таких больных, особенно пожилых, определенное время лечат по поводу хронической пневмонии или обследуют в онкологических диспансерах. У остальных 70% больных пневмонический процесс располагался в сегментах легкого, что было свойственно туберкулезу. Не-видимому, это является особенностью состава больных пневмонией, поступающих в туберкулезный стационар.

Диаметр полостей распада при первичном обследовании больных пневмонией достигал 2 см у 14,7%, 2—4 — у 28%, 4—6 — у 25,3% и был больше 6 см — у 32%. В процессе лечения у большинства больных зарегистрировано уменьшение, однако иногда наблюдалось и увеличение размеров полостей, патогенез которого был различным. У одних оно было следствием истинного прогрессирования нагноительного процесса, у других при клиническом улучшении на ранних сроках лечения отмечалось рассасывание инфильтрации с одновременным увеличением полости распада за счет колликвации и отторжения некротических масс, у третьих на поздних сроках лечения при полной клинической стабилизации и рассасывании воспалительных изменений наблюдалось раздувание (вторичное) за счет экспираторного клапанного стеноза дренирующего бронха с образованием тонкостенной кистоподобной полости.

У 52% больных полости распада были одиночными и у 48% — множественными. Среди последних выделено 3 типа. Множественные участки деструкции отмечались в обширном инфильтрате, занимающем долю, зону или сегмент. Подобный характер распада встречается также при туберкулезе и раке легкого и обычно предшествует образованию единой крупной полости. Отличие заключается в том, что у больных пневмонией она формируется быстро (обычно в течение нескольких дней), а при раке и туберкулезе рентгенологическая картина может сравнительно долго оставаться стационарной [2]. Однотипные множественные полости распада располагались в одном или обоих легких. У большинства они имели выраженную перифокальную инфильтрацию и по уровню жидкости напоминали кисты. Эти варианты обычно не представляли серьезных диагностических трудностей, так как, кроме характерного анамнеза, клинических и рентгенологических отличий, они сопровождаются тяжелой интоксикацией, иногда с картиной сепсиса, характерной для стафилококковой деструкции [3]. В единичных наблюдениях имел место обширный деструктивный процесс типа лобита с несколькими, обычно небольшими, полостями в других участках легкого, что иногда напоминало бронхогенное обсеменение с дочерними кавернами при туберкулезе.

Примерно у половины больных, в основном при ограниченных монофокусных процессах, удалось установить связь деструктивной пневмонии с корнем легкого, которая у $\frac{2}{3}$ лиц проявлялась обогащением легочного рисунка и воспалительной тягистостью, у $\frac{1}{3}$ пациентов отмечалась локальная отводящая дорожка. Отчетливое увеличение тени корня определялось в 58% случаев (при обширных пневмониях корень часто не дифференцировался). При деструктивном туберкулезе увеличение регионарных лимфатических узлов наблюдалось нами в единичных случаях, главным образом у молодых лиц с легочной формой первичного туберкулеза.

Характер внутренних контуров острого абсцесса и формирующейся туберкулезной каверны не имеет существенных различий. Можно лишь отметить, что при наличии секвестра его расплавление и отторжение у больных острой пневмонией происходит в течение нескольких дней, в то время как при туберкулезе этот процесс продолжается неделями.

Уровень жидкости в неспецифических полостях отчетливо определялся в 62,7% случаев. Хотя этот симптом непостоянен и на протяжении короткого времени может исчезнуть или появиться, для диагностики он важен, так как при свежем деструктивном туберкулезе значительное скопление гноя в каверне обычно не наблюдается.

Довольно частым рентгенологическим признаком пневмонии в отличие от туберкулеза был постепенный переход инфильтрации в обогащенный и нормальный рисунок без очаговости. Лишь иногда, при неполном и неравномерном рассасывании инфильтрата, вокруг абсцесса возникала картина очаговоподобных теней (у 16%

больших). В единичных случаях вне зоны основного поражения отмечалось образование аспирационных очагов пневмонии, и рентгенологическая картина была очень похожа на деструктивный туберкулез в фазе обсеменения.

Следовательно, такие симптомы, как передняя и базальная локализация, уровень жидкости в полости, гомогенность инфильтрации с постепенным переходом в нормальную легочную ткань, обогащение легочного рисунка вокруг, аденопатия, отсутствие очаговости, динамичность рентгенологической картины часто встречаются при деструктивной пневмонии и не характерны для туберкулеза. Однако, несмотря на детальное рентгеномографическое исследование, нередко абсолютные критерии диагноза отсутствовали и первостепенное значение приобретали целенаправленно собранный анамнез и клиническая картина.

Очень важно установить характер начала заболевания. Острое развитие процесса на фоне полного клинического благополучия у больных инфильтративных туберкулезом в фазе распада встречалось крайне редко, а при деструктивных пневмониях — в 69% случаев. У остальных больных пневмонией начало болезни имело определенное сходство со специфическим процессом. Так, у 14,4% лиц болезнь развивалась постепенно с нарастанием общей и легочной симптоматики. У 13,3% больных острому началу предшествовал более или менее длительный продромальный период (обычно не более 7—10 дней) — общая слабость, кашель, ночной пот, субфебрильная температура и др. Очевидно, в этих случаях деструктивная пневмония осложняла вирусную инфекцию верхних дыхательных путей. В 3,3% случаев деструктивная пневмония была выявлена при флюорографии, но обычно больные указывали на перенесенный перед этим грипп или ОРЗ. Стертое начало и нерезко выраженные клинические проявления наблюдались чаще у лиц пожилого возраста.

Частоту тех или иных клинических проявлений и их информативность при дифференциальной диагностике туберкулеза и пневмонии (как, впрочем, и других заболеваний легких) необходимо оценивать в зависимости от рентгенологической характеристики, прежде всего от распространенности процесса, то есть необходимы клиничко-рентгенологические сопоставления. Так, при деструктивной пневмонии тяжесть состояния, как правило, соответствует характеру и протяженности рентгенологических изменений, в то время как при туберкулезе в большинстве случаев имеет место та или иная степень диссоциации между массивностью изменений, выявляемых рентгенологически, и относительно хорошим самочувствием. Такому несоответствию следует придавать большое значение. Скудность катаральных явлений традиционно принято считать признаком, характерным для туберкулеза. Однако его информативность менее достоверна, так как в настоящее время ограниченные «молчаливые» пневмонии не являются редкостью, а при обширных деструкциях богатая аускультативная картина характерна для обоих заболеваний.

У больных ограниченными деструктивным туберкулезом чаще была нормальная или субфебрильная температура, в то время как пневмония аналогичной протяженности в 73,3% случаев сопровождалась гипертермией до 38° и более. При обширных деструктивных изменениях характер температуры отличался меньше, однако значительная амплитуда между утренней и вечерней температурой была более характерной для туберкулеза; пневмония же, особенно на ранних этапах болезни, чаще давала высокую монотонную температуру.

Кашель у больных деструктивными пневмониями можно считать одним из главных клинических проявлений. Только у 15,5% лиц он был незначительным, у 41,4% — выраженным, у 43,1% — очень сильным. Ограниченный туберкулезный инфильтрат в фазе распада сопровождался в большинстве случаев незначительным кашлем и скудной мокротой. При абсцессе у 2/3 больных ее количество превышало 50 мл, а у 38,8% — 100 мл в сутки. Кровохарканье отмечено в два раза чаще, чем при туберкулезе (17,7%). В 30% случаев выделялась гнилостная мокрота, позволившая исключить туберкулез. Поскольку этот симптом имеет большую достоверность, запах следует констатировать не по ощущениям больного, которые нередко бывают ложными, а путем исследования непосредственно мокроты. При обширных деструктивных процессах интенсивность и характер кашля различались мало. Деструктивная пневмония в отличие от туберкулеза часто сопровождалась выраженными плевральными болями (51,1%).

Туберкулиновые пробы Манту с АТК в разведении 1:10000, по нашим наблюдениям, в большинстве случаев не оказывают серьезной помощи в дифференциальной диагностике. Они были отрицательными у больных пневмонией в 44,7% случаев, но при специфических процессах, особенно с тяжелым течением, а также у пожилых низкая чувствительность к туберкулину в настоящее время не является редкостью. По нашим данным, у больных с впервые выявленным деструктивным

туберкулезом в 29% случаев пробы были слабоположительными и в 11% — отрицательными.

Изменения со стороны гемограммы зависели от массивности поражения. При неспецифических деструкциях СОЭ до 40 мм/ч была у 23,3% больных, от 40 до 60 — у 46,7% и более 60 мм/ч — у 30%. У больных деструктивным туберкулезом нормальная СОЭ констатирована у 36,4%, до 40 мм/ч — в 35,4%, от 40 до 60 — у 23,8% и больше 60 мм/ч — у 4,4%. Лейкоцитоз более $10 \cdot 10^9$ в 1 л у больных пневмонией отмечен в 78,9%, у больных туберкулезом при обширных процессах — в 11,8%.

Таким образом, при сопоставлении рентгенологической картины с клиническими проявлениями и прежде всего с такими, как острота заболевания, температурная кривая, степень изменений в гемограмме, интенсивность кашля, количество и характер мокроты, боли в груди, было отмечено клинико-рентгенологическое соответствие у большинства больных деструктивной пневмонией и та или иная степень диссоциации при туберкулезе. Но если информативность этих сопоставлений сравнительно велика при ограниченных процессах, то у больных с обширными поражениями различия менее отчетливы.

В настоящее время в затруднительных случаях широко используется лечение *ex juvantibus*, которое при правильной методике обычно оправдывает себя. При неизвестном возбудителе предполагаемой пневмонии тест-терапию желательно проводить антибиотиками (лучше двумя), высокоактивными как в отношении грамположительной, так и грамотрицательной флоры с клинической оценкой результатов через 36—48 ч и в случае получения эффекта с рентгенологическим подтверждением через 7—10 дней. При этом следует помнить о возможности частичного рассасывания воспалительных изменений у больных туберкулезом, как так при обширных поражениях (особенно долевых и зональных) наряду со специфическим процессом наблюдаются элементы ателектаза и неспецифического воспаления, обуславливающих частичную динамику при проведении неспецифической терапии. Дифференциально-диагностические сомнения при тяжело протекающих деструктивных процессах усугубляются тем, что при сходстве клинических проявлений как казеозная пневмония, так и обширные нагноения развиваются, как правило, у алкоголиков с низкой реактивностью и могут прогрессировать несмотря на интенсивное этиотропное лечение. Трудности возрастают в случае присоединения к казеозной пневмонии неспецифической инфекции, что может приводить к появлению такого нехарактерного для туберкулеза симптома, как мокрота с запахом. Темпы клинического и рентгенологического ухудшения при казеозной пневмонии обычно уступают скорости прогрессирования при тяжелых деструктивных пневмониях, но могут быть достаточно быстрыми, и это ставит врача в трудное положение. Поэтому при отсутствии четких критериев диагноза в связи с угрожающим состоянием больных не следует проводить пробную противопневмоническую терапию, а необходимо назначать антибиотики, два из которых эффективны как при пневмонии, так и при туберкулезе (например, большие дозы пенициллина + канамицин + рифампицин).

У 18 (10%) больных деструктивная пневмония сочеталась с клинически излеченным туберкулезом (иногда в зоне остаточных метатуберкулезных изменений) или развилась в оперированном по поводу туберкулеза легком, что давало повод для ошибочного диагноза рецидива специфического процесса. В этих случаях, при обнаружении микобактерий туберкулеза в мокроте, следует проявлять осторожность, так как переоценка кратковременного бацилловыделения может привести к запоздалому лечению неспецифического процесса, а недооценка — к несвоевременному выявлению туберкулеза.

Таким образом, в дифференциальной диагностике деструктивной пневмонии и туберкулеза легких при отсутствии данных, подтверждающих диагноз (обнаружение микобактерий туберкулеза, характерная клинико-рентгенологическая картина), большое значение приобретает тщательный анализ анамнеза, симптоматики, рентгенологической картины и изменений со стороны крови с обязательным проведением клинико-рентгенологических сопоставлений. В спорных случаях у тяжелобольных с прогрессирующим течением болезни следует проводить интенсивную терапию с использованием антибактериальных препаратов, высокоэффективных как при туберкулезе, так и при пневмонии.

Окончательный диагноз в таких случаях устанавливается после выведения больного из критического состояния.

Поступила 15 мая 1984 г.