

С.Е.Колендо, Ю.А.Антошина, Л.И.Дворецкий

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Кафедра внутренних болезней 4-го лечебного факультета ММА им. И.М. Сеченова

CERTAIN PROBLEMS OF LUNG TUBERCULOSIS DIAGNOSTICS IN MULTI-PROFILE HOSPITAL

S.E.Kolendo, Yu.A.Antoshina, L.I.Dvoretzky

Summary

An analysis was carried out of dissecting protocols and histories of 24 patients who were diagnosed during their postmortem examination as having different forms of lung tuberculosis. Diagnosis of tuberculosis was reached during the patients' life in 14 patients. Among 9 fibrocavernous tuberculosis patients the clinical diagnosis was established only in 3 ones. Eight cases of postmortem examination revealed a morphological features of caseous pneumonia, that was evidence of significant activity of tuberculosis. A lot of patients entered the hospitals in extreme severe condition which made their adequate examination difficult. Chronic alcohol intoxication, chronic obstructive lung diseases and steroid therapy were noted among risk factors for lung tuberculosis.

Резюме

Проведен анализ протоколов патологоанатомических исследований и историй болезни 24 больных, у которых на секции были выявлены различные формы туберкулеза легких. Прижизненный диагноз туберкулеза был поставлен у 14 больных. Среди 9 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом клинический диагноз выставлен лишь у 3 человек. В 8 случаях при патологоанатомическом исследовании обнаружена морфологическая картина казеозной пневмонии, что свидетельствовало о выраженности активности туберкулезного процесса. Многие больные поступали в крайне тяжелом состоянии, что затрудняло адекватное обследование. Среди факторов риска отмечались хроническая алкогольная интоксикация, хронические обструктивные заболевания легких, лечение стероидами.

Среди разнообразного контингента больных многопрофильных больниц определенную часть составляют пациенты с различными формами легочного туберкулеза, поступающие по поводу как легочных, так и внелегочных проявлений (легочное воспаление, дыхательная недостаточность, лихорадка, интоксикация и др.), нередко по неотложным показаниям [1, 2]. В дальнейшем в процессе диагностического поиска в одних случаях верифицируется туберкулез с последующим переводом в специализированные отделения, в других специфический процесс не распознается и больные после некоторого уменьшения симптоматики выписываются с другими различными ошибочными диагнозами. Наконец, в ряде случаев вследствие несвоевременности распознавания туберкулеза, отсутствия лечения и тяжести состояния больных наступает летальный исход и легочный туберкулез верифицируется лишь при посмертном исследовании (если таковое проводится). В этих ситуациях диагностика туберкулеза, в том числе и свежих форм, в терапевтических или других отделени-

ях многопрофильных больниц становится уделом терапевтов или других врачей нефтизиатрического профиля. Следует подчеркнуть, что за период действия в нашей стране массовых флюорографических исследований многие врачи общей практики явно утратили не только навыки диагностики туберкулеза, но и столь необходимую в настоящее время фтизиатрическую настороженность [4].

Эффективность своевременного распознавания туберкулезного характера поражения определяется многими факторами, в том числе и качеством общеврачебной подготовки врачей, знанием основных проявлений (специфических и неспецифических) туберкулеза с учетом его современного полиморфизма, факторов риска развития заболевания, уровнем обследования больных и использованием современных информативных методов, конструктивным взаимодействием со смежными специалистами (фтизиатры, пульмонологи, рентгенологи).

Особенностями туберкулеза в настоящее время, наряду со значительным полиморфизмом его клини-

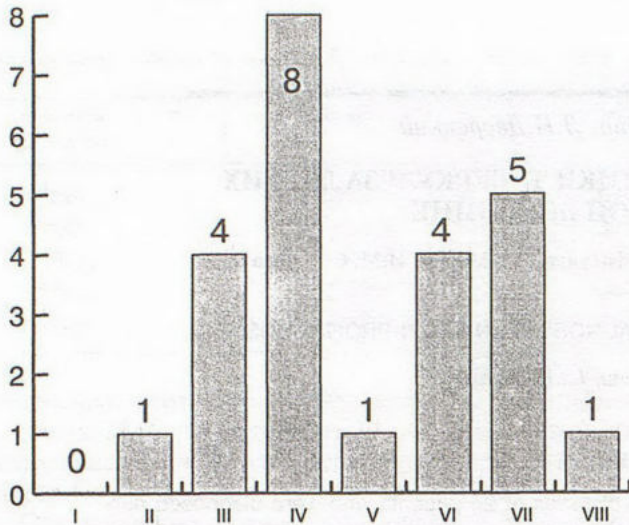


Рис. Распределение больных по возрасту.

I—20 лет и моложе; II — 21—30 лет; III — 31—40 лет; IV — 41—50 лет; V — 51—60 лет; VI — 61—70 лет; VII — 71—80 лет; VIII — старше 80 лет.

ческой картины, являются увеличение числа внелегочных форм, олиго- и абациллярность, нередкое развитие "параспецифических" реакций туберкулезного процесса, увеличение удельного веса первичного туберкулеза в старших возрастных группах. В связи с постоянным ростом числа пациентов, длительно получающих терапию глюкокортикоидными гормонами, особую актуальность приобретает проблема "стероидного" туберкулеза [7].

Целью данной работы явился анализ историй болезни и протоколов посмертного исследования умерших больных, у которых при патологоанатомическом исследовании были выявлены различные формы активного туберкулеза легких. Материалом для анализа послужили протоколы патологоанатомических исследований 24 больных в двух многопрофильных больницах за пять лет (с 1994 по 1998 годы).

Распределение пациентов по возрасту представлено на рис.

Как видно, имеется два возрастных пика — 41—50 лет и 71—80 лет, причем 41,6% составляли больные пожилого и старческого возраста.

Продолжительность пребывания больных в стационаре была различной и колебалась от нескольких часов до 1,5 месяца. Десять больных находились в стационаре в течение суток или меньше, 7 больных — от 2 до 8 суток, 7 больных — 13 дней и более. Почти в половине случаев летальный исход наступал в течение 2 суток с момента госпитализации больных в связи с их крайне тяжелым состоянием. В табл. 1 представлены основные формы туберкулеза легких, выявленные при патологоанатомическом исследовании.

По результатам патологоанатомических исследований, диссеминированный туберкулез легких выяв-

Таблица 1
Основные морфологические формы туберкулеза легких

Формы туберкулеза	Число больных
Диссеминированный,	6
в том числе с плевритом	2
Милиарный,	2
в том числе с казеозной пневмонией	1
Очаговый	2
Инфильтративный,	3
в том числе с казеозной пневмонией	2
Фиброзно-кавернозный,	9
в том числе с казеозной пневмонией	5
Цирротический	2

лен у 6 (25%) больных с наличием у 2 из них специфического плеврита. Милиарный туберкулез обнаружен в 2 случаях, в том числе с явлениями казеозной пневмонии в одном из них. У 2 (7,7%) больных выявлен очаговый туберкулез с признаками активности и сопутствующим плевритом у одного из них.

Инфильтративный туберкулез был обнаружен у 3 (11,5%) пациентов, причем в 2 случаях отмечались признаки распада по типу казеозной пневмонии. В 9 (37%) случаях при патологоанатомических исследованиях был выявлен фиброзно-кавернозный туберкулез легких, из них в 5 отмечались признаки казеозной пневмонии. У 4 (15,3%) больных наряду с легочным процессом, было выявлено туберкулезное поражение других органов (позвоночника, периферических лимфатических узлов, селезенки, толстой кишки). У одного пациента с очаговым туберкулезом легких и правосторонним фибринозно-гнойным плевритом течение процесса осложнилось образованием торакоабдоминального свища с формированием поддиафрагмального абсцесса.

Клинический диагноз туберкулеза легких в качестве основного заболевания был выставлен у 13 больных, а у 6 расценивался как неактивный и фигурировал в виде сопутствующего заболевания. В 5 (20,8%) случаях туберкулезный процесс в клиническом диагнозе не был отражен вообще. Основными клиническими диагнозами у этих больных были: хронический обструктивный бронхит в фазе обострения (1), хронический гнойный бронхит на фоне поликистоза легких (1), острая пневмония (1), двусторонняя абсцедирующая пневмония (1), цирроз печени в стадии декомпенсации (1).

По данным проведенного клинического обследования, практически у всех больных были выявлены различные заболевания нетуберкулезной природы, среди которых наиболее часто (53,8%) обнаруживались хроническая обструктивная болезнь легких (хронический бронхит, эмфизема легких) с признаками дыхательной недостаточности различной степени и ИБС (41%) с различными проявлениями (сер-

дечная недостаточность, нарушения сердечного ритма, острый инфаркт миокарда). У 8 (30,8%) больных данные анамнеза, клинико-лабораторного исследования свидетельствовали о наличии хронического алкоголизма, 1 больной страдал сахарным диабетом, а у 1 больной имела место терминальная хроническая почечная недостаточность.

При анализе клинической симптоматики установлено, что легочные проявления заболевания отмечались менее чем у половины больных (41,6%), в то время как доминирующей была внелегочная симптоматика, явившаяся в большинстве случаев поводом для госпитализации. Так, у 50% больных отмечалась лихорадка, у 17 (70%) больных — потеря массы вплоть до кахексии, у 12 (50%) — нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, у 4 — желудочно-кишечные расстройства, у одной больной — боли в поясничной области.

По данным исследования периферической крови, анемия различной степени выраженности выявлялась у 17 (70%) больных, лейкоцитоз — у 13 (54%), лейкопения ниже $3 \cdot 10^9/\text{л}$ — у 2, увеличение показателей СОЭ — у 10 больных. Клинико-лабораторные особенности течения туберкулеза в анализируемой группе представлены в табл. 2.

Как видно из таблицы, легочные проявления туберкулеза имели место менее чем у половины больных. В большинстве случаев в клинической картине доминировала внелегочная симптоматика, нередко

Таблица 2
Основные клинико-лабораторные проявления у больных туберкулезом легких

Клинические проявления	Частота
Легочные проявления:	
кашель	10
кровохарканье	1
боли в грудной клетке	1
одышка	11
Внелегочные проявления:	
лихорадка	13
симптомы интоксикации	21
снижение веса	17
снижение АД	12
желудочно-кишечные расстройства	4
боли в поясничной области	1
Лабораторные данные:	
анемия	17
лейкоцитоз	13
лейкопения	2
нейтрофильный сдвиг влево	7
лимфопения	5
моноцитоз	1
увеличение СОЭ	10

Таблица 3
Основные рентгенологические синдромы у больных туберкулезом легких

Рентгенологические изменения	Число случаев
Легочная диссеминация,	6
в том числе с наличием распада	1
плеврального выпота	1
Инфильтративные тени,	3
в том числе с наличием распада	1
плеврального выпота	1
Очаговые тени,	4
в том числе мягкие очаги	1
плотные очаги	2
Цирротические изменения	1
Полостные изменения	3
Фиброзно-кавернозные изменения	3

явившаяся поводом для обращения в стационар (лихорадка, симптомы интоксикации, снижение массы тела, вплоть до кахексии). Среди лабораторных изменений наиболее часто выявлялась анемия различной степени выраженности — у 17 (70%) больных.

Указания на туберкулез в анамнезе имели место у 8 (30,8%) больных. На момент поступления в стационар лишь 2 (7,7%) больных состояли на учете в противотуберкулезном диспансере.

Рентгенологическое исследование грудной клетки было проведено у 20 больных. В 3 случаях отсутствие рентгенологического исследования грудной клетки было обусловлено кратковременностью пребывания (сутки или меньше), а у одного больного, находившегося в стационаре в течение 3 суток, причина отсутствия рентгенологического исследования по данным истории болезни осталась неясной.

В табл. 3 представлены основные рентгенологические синдромы, выявленные при обследовании больных.

Лишь у 10 (41%) больных выявленные изменения в легких были расценены как туберкулезные и у 3 высказано подозрение на туберкулезный характер поражения. У 7 (45%) больных рентгенологическая картина в легких трактовалась как неспецифическая пневмония, эмпиема плевры, полостные изменения неясной природы, метастатическое поражение, а в одном случае была квалифицирована как фиброзно-кистозная дистрофия (?) легких, несмотря на наличие в анамнезе туберкулеза. Только у 3 больных на основании рентгенологических данных был диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез, в то время как при патологоанатомическом исследовании данная форма туберкулеза легких выявлена у 9 больных.

Данные микробиологического исследования мокроты на БК обнаружены в истории болезни лишь у двух больных с отрицательным результатом.

Обсуждение (возможные причины ошибок в диагностике легочного туберкулеза)

Таким образом, по данным клинико-морфологического анализа летальных исходов от туберкулеза легких, выявлен относительно высокий процент недиагностированных случаев туберкулеза (20,8%) в терапевтических отделениях многопрофильных больниц. За последние 10 лет отмечается значительное увеличение случаев посмертно выявляемого туберкулеза — с 1107 в 1986 г. до 5372 в 1997 г., что составило более 20% от всех умерших в 1997 году от туберкулеза [4]. С учетом современных тенденций сокращения числа вскрытий больных есть основания считать, что частота недиагностированных при жизни случаев туберкулеза может быть значительно выше. При анализе собственных данных обращает на себя внимание высокая частота выявления при патологоанатомическом исследовании казеозной пневмонии — у 8 (33%) больных инфильтративным, милиарным и фиброзно-кавернозным туберкулезом, что свидетельствовало о высокой активности специфического процесса и определяло, вероятно, тяжесть состояния больных, выраженную интоксикацию и летальный исход заболевания. В основе развития казеозной пневмонии лежат, скорее всего, иммунодефицитные состояния, обусловленные различными причинами (алкоголизм, алиментарные факторы, стероидная терапия и др.).

Как известно, "формирование" континентов больных для фтизиатрических стационаров с диагностированным или подозреваемым туберкулезом в большинстве случаев происходит в современных многопрофильных больницах, главным образом, в терапевтических отделениях в процессе диагностического поиска и по мере выявления определенной легочной патологии. Так, за последние 7 лет около 50% больных туберкулезом легких выявляется по обращаемости в нефтизиатрические учреждения [4].

Прежде всего обращает на себя внимание крайне тяжелое состояние больных при поступлении и быстро наступавший летальный исход. Одиннадцать (45,8%) больных умерли в течение первых 2 суток, что не позволило провести адекватное обследование. Кроме того, тяжелое состояние больных в сочетании с выявленными специфическими изменениями в легких свидетельствовали о далеко зашедшем туберкулезном процессе. В большинстве случаев (14) туберкулез легких был диагностирован впервые. Лишь 2 больных состояли на учете в противотуберкулезном диспансере, а у 8 имелись указания на перенесенный в прошлом туберкулез. Этот факт приобретает существенное значение, поскольку несвоевременное выявление, а следовательно, и лечение легочного туберкулеза является одной из причин прогрессирующего процесса и инфицирования окружающих.

По многочисленным данным, наибольший процент

ошибок в диагностике туберкулеза в нефтизиатрических отделениях отмечается у больных пожилого и старческого возраста [3]. Примечательно, что данная ситуация практически мало меняется со временем, несмотря на совершенствование методов диагностики туберкулеза (томография, эндоскопические, современные микробиологические методы). Так, по данным А.Е. Рабухина [5], 81% больных, умерших от туберкулеза в терапевтических и инфекционных отделениях и не состоявших на учете в противотуберкулезных диспансерах, были старше 50 лет. Согласно значительно более поздним данным, туберкулез в гериатрических госпиталях более чем в половине случаев диагностировался лишь при аутопсии, причем у трети больных прижизненно ошибочно диагностировались злокачественные опухоли различной локализации [9].

Основными трудностями и связанными с ними причинами ошибок в диагностике туберкулеза у стариков являются:

- частое наличие синдромно-сходных легочных заболеваний;
- острое и не всегда типичное начало;
- несвоевременное обращение стариков к врачу;
- недостаточная настороженность врача;
- недоучет факторов риска туберкулеза;
- недооценка внелегочной патологии;
- трудности обследования в связи с тяжестью состояния больных;
- декомпенсация сопутствующей патологии.

Одним из объективных источников ошибок в диагностике туберкулеза легких у стариков является часто встречающаяся у них синдромно-сходная патология (сердечная недостаточность, ХОЗЛ, опухоли легких и др.), на выявление которой клиницисты ориентированы в первую очередь из-за их общеизвестной частоты и большей реальности в данной возрастной группе. Среди анализируемых больных 10 (41,6%) были в возрасте старше 60 лет; они поступали в стационар с различными диагнозами по поводу неясных лихорадок, декомпенсации имеющейся у них сопутствующей патологии (сердечная и дыхательная недостаточность, дисциркуляторная энцефалопатия).

Мы наблюдали 72-летнюю больную, которая длительно страдала болями в поясничной области. При амбулаторном обследовании было высказано предположение об остеохондрозе поясничного отдела позвоночника и назначены симптоматическое лечение и физиотерапевтические процедуры. На фоне проводимой терапии болевой синдром в поясничной области усилился, появилась субфебрильная температура, что послужило причиной госпитализации. При рентгенологическом исследовании были выявлены деструктивные изменения в поясничном позвонке и диссеминированный процесс в легких, в связи с чем было высказано предположение о метастатическом поражении и проводился настойчивый онкологический

кий поиск. Состояние больной продолжало ухудшаться: появились фебрильная лихорадка, выраженные симптомы интоксикации, развилось массивное желудочно-кишечное кровотечение, от которого пациентка скончалась. При патологоанатомическом исследовании был выявлен гематогенно-диссеминированный туберкулез с поражением легких, печени, лимфатических узлов, позвоночника. Ошибки в расшифровке природы легочных диссеминаций у стариков встречаются довольно часто. Так, из 85 умерших, у которых активный диссеминированный туберкулез легких был диагностирован на секции, у 12 (средний возраст 79,5 года) прижизненно диагностировался рак легкого [8].

Трудности своевременного распознавания туберкулеза в пожилом и старческом возрасте усугубляются тяжестью состояния больных в связи с далеко зашедшим процессом, а также декомпенсацией сопутствующих заболеваний (сердечная и дыхательная недостаточность, сахарный диабет и др.), которые нередко выступают на первый план в клинической картине. Кроме того, тяжелое состояние больных и краткость их пребывания в стационаре в связи с летальным исходом не всегда позволяют провести детальное и целенаправленное исследование. Трое из 10 пожилых больных умерли в первые 2 суток после поступления.

Как указывал еще в 1938 году И.В.Давыдовский, "старческим туберкулезом называется такая разновидность реинфекции, которая, возникая в старческом возрасте, характеризуется следующими особенностями: 1) склонностью к распространенным творожистым лимфаденитам; 2) склонностью к генерализации и милиарному туберкулезу; 3) относительно высокой частотой экссудативного и альтернативного (некротического) оттенка процесса. Нетрудно видеть, что перечисленные пункты в сущности повторяют очень многое из эпохи первичного туберкулеза; вот почему с последним так принято сопоставлять старческий туберкулез" [1].

Важное значение в диагностике туберкулеза приобретает выявление и учет факторов риска. Как известно, туберкулез нередко ассоциируется с такими заболеваниями, как сахарный диабет, язвенная болезнь, опухолевые процессы (рак желудка, лимфо-пролиферативные опухоли и др.), хронический алкоголизм, хронические обструктивные заболевания легких и другой патологией, с которой больные направляются в нефтизиатрические стационары. В группу риска следует относить больных, получающих глюкокортикоиды, цитостатики, иммунодепрессанты.

Особая осторожность необходима в отношении больных, получающих стероидную терапию, особенно имеющих в анамнезе указания на перенесенный ранее туберкулез или рентгенологические признаки имевшей место в прошлом туберкулезной ин-

фекции. Трудности диагностики "стероидного" туберкулеза определяются особенностями его клинической картины, высокой частотой гематогенно-диссеминированного или первичного туберкулеза [7]. Нередко клиническую картину туберкулеза затушевывает основное заболевание, по поводу которого назначается стероидная терапия, и ухудшение состояния расценивается как неэффективность лечения последнего, что в ряде случаев ведет к увеличению дозы стероидов. Если учесть находящиеся в нефтизиатрических стационарах больных, длительно получающих глюкокортикоиды (ревматоидный артрит, бронхиальная астма, системные васкулиты), то риск наличия туберкулеза в клинике внутренних болезней становится очевидным, а фтизиатрическая осторожность врачей — вполне обоснованной и необходимой. Пациенты, получающие по каким-либо причинам стероидную терапию, и в дальнейшем будут составлять определенный контингент в стационарах общего профиля, в связи с чем представляется важным решение вопросов профилактики, а также своевременной диагностики "стероидного" туберкулеза. В анализируемой группе 2 больных получали глюкокортикоидную терапию.

У одного из пациентов, получавшего преднизолон в течение двух недель перед госпитализацией, имелись указания на перенесенный туберкулез и длительный алкогольный анамнез, но к моменту поступления в стационар он был снят с учета в ПТД. В клинической картине заболевания отмечались кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, симптомы легочной недостаточности (одышка, акроцианоз и диффузный цианоз), интоксикация, гипотония (до 80/50 мм рт.ст.), эпизоды повышения температуры до 37,5°C. При исследовании крови на момент поступления: Hb 140 г/л, лейкоц. $10,8 \cdot 10^9$ /л, п/я 1%, с/я 54%, эоз. 1%, лимф. 34%, мон. 10%, СОЭ 6 мм/ч; в динамике отмечалось снижение уровня гемоглобина крови до 116 г/л, уменьшение количества лейкоцитов до $8,7 \cdot 10^9$ /л, некоторое увеличение СОЭ (до 16 мм/час). Пациенту дважды проводилось исследование мокроты на ВК методом микроскопии: микобактерии туберкулеза обнаружены не были. При исследовании мокроты лейкоциты густо покрывали все поля зрения. При рентгенологическом исследовании (рентгеноскопия!) с обеих сторон определялось множество воздушных полостей разного диаметра, некоторые из которых были значительных размеров с наличием в них жидкого содержимого и с горизонтальными уровнями, утолщение костальной медиастинальной плевры, синусы облитерированы; легочный рисунок деформирован, пневмосклероз, пневмофиброз. По заключению консультировавшего больного фтизиатра туберкулезный процесс был отвергнут и диагностирована двусторонняя фиброзно-кистозная дистрофия легких (?) с наличием жидкости в полостях кист. Больному проводилась терапия

цефобидом, симптоматическое лечение без эффекта и при нарастающих явлениях сердечной и легочной недостаточности наступила смерть. При патологоанатомическом исследовании выявлен фиброзно-кавернозный туберкулез в верхних долях обоих легких в фазе обострения: множественные каверны, участки очагового склероза; перифокальная двусторонняя казеозная пневмония; облитерация плевральных полостей.

В данной ситуации не получили адекватной оценки не только указание на наличие туберкулеза в анамнезе, но и такие факторы риска, как хронический алкоголизм и лечение глюкокортикоидами. Кстати, повод для назначения преднизолона больному по данным истории болезни установить не удалось.

К группе риска развития туберкулезного процесса следует относить также больных с иммунодефицитными состояниями на фоне недостаточности различных органов и систем (сердечная, легочная, почечная недостаточность), больных после ряда хирургических вмешательств, пациентов с хроническими заболеваниями, реципиентов органов. Среди последних в настоящее время возрастает число больных, которым проведена трансплантация почки и получающих иммунодепрессивную терапию. Такие больные наблюдаются в специализированных нефтизиатрических отделениях, а при необходимости госпитализируются в стационары общего профиля.

У одной пациентки с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, по поводу которой проводилось длительное лечение программным гемодиализом, на секции выявлен инфильтративный туберкулез легких с очагами казеозной пневмонии. При анализе истории болезни установлено, что больная в течение 4 месяцев получала противотуберкулезную терапию по поводу выявленного туберкулезного лимфаденита. В клинической картине отмечались эпизоды лихорадки до 38°C, кашель с незначительным количеством мокроты слизистого характера, слабость, однако при неоднократных рентгенологических исследованиях грудной клетки данных за туберкулезный процесс не выявлялось.

У 3 больных имели место опухолевые заболевания (опухоль толстой кишки, рак желудка), причем в 2 случаях опухолевый процесс был диагностирован лишь при патологоанатомическом исследовании. Злокачественные опухоли, несомненно, могут быть одной из важных причин иммунодепрессии как фактора риска развития туберкулеза.

Среди факторов риска наиболее часто выявлялись признаки хронической алкогольной интоксикации (30,8% случаев).

Правильная диагностика легочного туберкулеза в условиях многопрофильных больниц во многом определяется своевременностью и обоснованностью подозрения на туберкулезный характер процесса у врачей нефтизиатрического профиля. При этом основ-

ная роль принадлежит рентгенологическому исследованию, его техническим возможностям, квалификации врача-рентгенолога. В анализируемой группе больных в 41,6% случаев врачами-рентгенологами не было высказано предположения о возможности туберкулезного поражения легких, причем двум больным рентгенологическое исследование было произведено дважды. У 3 больных рентгенологическое исследование не было выполнено (2 из них умерли в течение первых 2 суток). В 2 случаях рентгенологическое исследование было ограничено рентгеноскопией грудной клетки. Обращает на себя внимание, что среди 9 больных, у которых на секции выявлен фиброзно-кавернозный туберкулез легких, при рентгенологическом исследовании заболевание было диагностировано (или заподозрено) лишь у 3 (!). С учетом такого уровня диагностики туберкулеза у этих больных и пребывания их в нефтизиатрических отделениях становятся очевидными эпидемиологические последствия нераспознавания туберкулезного процесса в легких.

Важное значение в диагностике туберкулеза в многопрофильных больницах приобретает тесное сотрудничество врачей с консультантами-фтизиатрами, поскольку, как показывает опыт, мнение консультанта нередко оказывается решающим в постановке диагноза. Так, из 7 больных, которые были консультированы фтизиатром, диагноз туберкулеза был поставлен только в 2 случаях, а у одного пациента было высказано подозрение на специфический процесс. У 4 больных диагноз туберкулеза фтизиатром был отвергнут. Примечательно, что у 2 из этих больных на секции выявлен фиброзно-кавернозный (в одном случае с милиарной диссеминацией, а в другом — с казеозной пневмонией), и у одного больного инфильтративный туберкулез с распадом. Разумеется, анализируемые ситуации представляли собой немалые диагностические трудности, одинаковые как для лечащих врачей, так и для специалистов-консультантов. Тем не менее, следует указать на недостаточное конструктивное взаимодействие лечащих врачей, рентгенологов и специалистов-консультантов, осуществляющих нередко консультации в отсутствие лечащего врача, без должного обсуждения больного.

При анализе историй болезни и протоколов рентгенологических исследований обращает на себя внимание отсутствие столь необходимой в диагностическом процессе стандартизации в описании рентгенологической картины выявляемых изменений в легких. Этот факт затрудняет не только понимание клиницистом характера патологического процесса, но и последующий анализ случаев, с чем мы столкнулись при выполнении данной работы. Синдромная рентгенологическая диагностика (инфильтрация, диссеминация, полости и др.) подчас подменяется нозологической. Ни рентгенологом, ни тем более врачом-клиницистом не дается должной интерпретации таких

описаний, как "множественные инфильтративные мелкоочаговые тени", "множество воздушных полосей с наличием жидкостного содержимого", "очаговые и фокусные тени с полостями". То же самое можно сказать относительно патологоанатомических заключений, которые во многом делаются произвольно, не всегда опираясь на общепринятую классификацию. В заключение считаем целесообразным напомнить, что более четверти века назад при обсуждении проблемы диагностики туберкулеза в нефтизиатрических стационарах, в частности, в клинике внутренних болезней, выдающийся отечественный клиницист А.Е.Рабухин писал: "...необходимо постоянное пополнение сведений интернистов и, в первую очередь, пневмологов, по актуальным вопросам фтизиатрии и знаний фтизиатрами важнейших условий своевременного распознавания туберкулеза легких в многопрофильных больницах".

Выводы

1. Больные с активным туберкулезом легких поступают в терапевтические и другие отделения многопрофильных больниц с различными легочными и внелегочными проявлениями, нередко в тяжелом состоянии по неотложным показаниям.

2. Невысокий уровень диагностики хронических форм легочного туберкулеза в многопрофильных больницах является причиной прогрессирования процесса и может иметь неблагоприятные эпидемиологические последствия.

3. Основные ошибки в диагностике легочного туберкулеза обусловлены особенностями течения туберкулеза у определенного контингента (пожилой возраст, фоновые заболевания, декомпенсация сопутствующей патологии), трудностями обследования больных из-за тяжести их состояния, отсутствием должной фтизиатрической настороженности у врачей терапевтических и других отделений многопрофильных больниц.

4. С целью более своевременной и правильной диагностики туберкулеза легких необходим учет факторов риска, тщательное рентгенологическое обследование больных, более конструктивное взаимодействие врачей-интернистов, пульмонологов, рентгенологов, фтизиатров в диагностическом и лечебном процессе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдовский И.В. Патологическая анатомия и патогенез болезней.—М.; Л., 1938.—С.189.
2. Даниляк И.Г., Ростиславина О.А., Соломахина Н.И. // Тер. арх.—1988.—№7.—С.109—112.
3. Дворецкий Л.И. // Рус. мед. журн.—1998.—Т.6, №11.—С.707—717.
4. Капков Л.П. // БЦЖ (Большой целевой журн. о туберкулезе).—1999.—№2.—С.45.
5. Рабухин А.Е. // Тер арх.—1973.—№10.—С.13.
6. Рабухин А.Е. // Там же.—1978.—№3.—С.3—10.
7. Струков А.И., Семенкова Е.Н., Попова М.С. // Там же.—1982.—№1.—С.97—101.
8. Chastonay Ph. // Schweiz. Med. Wschr.—1998.—Bd.118.—№44.—S.1612—1615.
9. MacGee W. // Z.Gerontol.—1989.—Bd.22.—№6.—S.311—314.

Поступила 15.10.1999

©КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2000

УДК 616.24-002.5-07:[616.24-092:612.014.462.8]-07

В.В. Ерохин, Л.Н. Лепеха, О.В. Ловачева

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО СУРФАКТАНТА НА СТОРОНЕ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА И В КОНТРАТЕРАЛЬНОМ ЛЕГКОМ

Центральный НИИ туберкулеза РАМН, г. Москва

EVALUATION OF ALVEOLAR SURFACTANT SYSTEM IN TUBERCULOSIS LUNG AND IN OPPOSITE ONE

V.V.Erokhin, L.N.Lepekha, O.V.Lovacheva

Summary

Practical interest of the problem is associated with the need of timely detection and correction of surfactant-dependent disorders of respiratory function accompanying lung tuberculosis and complicating its course.

The aim of this study was to compare surface tension indices, anti-atelectatic function and ultrastructure of surfactant membranes in bilateral broncho-alveolar washings from 84 patients with unilateral pulmonary tuberculosis. Ninetytwo percent of fibro-cavernous tuberculosis patients showed significant changes in surface