

Будько О.С., Костричко А.И.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА

Научный руководитель: ст. преп. Апанасевич Т.О.

*Кафедра пульмонологии, фтизиатрии, аллергологии и профпатологии с курсом повышения
квалификации и переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Деструктивные формы туберкулеза легких представляют одну из наиболее опасных и трудно диагностируемых разновидностей туберкулеза, характеризующиеся стремительным развитием инфекционного процесса, выраженной интоксикацией и высокой вероятностью летального исхода.

Цель: провести анамнестический и лабораторно-инструментальный анализ клинического течения деструктивных форм туберкулеза легких.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 45 пациентов, находившиеся на лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» за 2021-2022 гг. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано медицинская документация 45 пациентов с фиброзно-кавернозным, инфильтративным туберкулезом и казеозной пневмонией, из них 8 женщин (17,8 %) и 37 мужчин (82,2 %), средний возраст составил $47,2 \pm 1,56$ лет. По месту жительства 22,2% – в сельской местности, 75,6% – в городских условиях, а 2,2% – не имели определенного места жительства. По характеру трудовой деятельности: 64,4% – безработные, 22,2% – физический труд, 8,9% – пенсионеры, 5% – легкий труд. Вредные привычки выявлены у 86,7% пациентов: курение – у 75,6%, злоупотребление алкоголем – у 55,6%, употребление наркотических веществ – у 4,4 %. Наличие вредных привычек часто сопровождалось снижением комплаентности и поздним обращением. Контакт с больными туберкулезом в анамнезе был установлен у 8,9% пациентов. Только 28,9% обследованных проходили флюорографическое обследование, в то время как 71,1% – либо не проходили его вовсе, либо обращались к врачу уже с выраженной симптоматикой. Клиническая картина характеризовалась выраженным интоксикационным синдромом: повышением температуры тела до 38–39 °С у 78% пациентов, дефицитом массы тела (ИМТ <18,5) у 40% пациентов, сильной слабостью у 81% пациентов. Иммунодефицит был выявлен у 55,6%. У 95,6% пациентов имеются сопутствующие заболевания: сахарный диабет (6,9%), ВИЧ (23%), гепатиты (46,5%), патология сердечно-сосудистой системы (ССС) (46,5%), органов зрения (27,9%), лор органов (9,3%), онкопатология (6,9%), заболевания крови (16%), желудочно-кишечного тракта (29,9%), неврологические заболевания (23%), нарушения психической сферы (7,16%).

Рентгенологически выявлялись инфильтративные изменения с тенденцией к распаду легочной ткани в 73% случаев, преимущественно в верхних долях легких. А также 20% – фиброзные изменения с полостями распада, 7% – казеозная пневмония. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево у 36%, среднее значение СОЭ – $37,1 \pm 5,13$, моноциты – $8,49 \pm 1,23$, лимфоциты – $22,45 \pm 3,27$. Бактериоскопически и культурально возбудитель (*M. tuberculosis*) был выявлен у 96% обследованных. У 60% была выявлена множественная лекарственная устойчивость, у 40% – широкая лекарственная устойчивость возбудителя, что осложняло выбор терапии. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 98 ± 7 дней.

Выводы. Преимущественно страдают мужчины (82,2 %), проживающие в сельской местности (22,2%). К факторам риска относятся вредные привычки (86,7%), выраженный иммунодефицит (55,6%), наличие сопутствующих заболеваний (преимущественно гепатиты (46,5%) и заболевания ССС (46,5%)). Казеозная пневмония выявлена у 4 пациентов (7%). Сдвиг лейкоцитарной формулы влево – у 36% пациентов.