

О.С. Будько, А.И. Костричко
**ДЕСТРУКТИВНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА: КЛИНИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА**

Научный руководитель: ст. преп. Т.О. Апанасевич
*Кафедра пульмонологии, фтизиатрии, аллергологии и профпатологии с курсом
повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

O.S. Budko, A.I. Kostrychko
**DESTRUCTIVE FORMS OF TUBERCULOSIS: CLINICAL FEATURES,
DIAGNOSIS**

Tutor: senior lecturer T.O. Apanasevich
*Department of Pulmonology, Phthisiology, Allergology and Occupational Pathology
with Advanced Training and Retraining Course
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Деструктивные формы туберкулеза являются важной проблемой в сфере здравоохранения. Особенности социального портрета пациента создают предрасположенность к конкретным формам заболевания. Имеются особенности клинического течения, а в соответствии с этим и особенности диагностики деструктивных форм туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, деструктивные формы, казеозная пневмония, диагностика.

Resume. Destructive forms of tuberculosis are an important problem in the healthcare sector. The features of the patient's social profile create a predisposition to specific forms of the disease. There are features of the clinical course, and in accordance with this, the features of the diagnosis of destructive forms of tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, destructive forms, caseous pneumonia, diagnosis.

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. Клиническая картина характеризуется острым началом, тяжелым течением с выраженным интоксикационным синдромом и быстрой прогрессией. Рентгенологически выявляются признаки распада легочной ткани, преимущественно в верхних долях [1]. Лабораторно выражены признаки воспалительного процесса.

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

Задачи:

1. Обозначить социальный портрет пациента, страдающего деструктивной формой туберкулеза.
2. Выявить факторы риска, способствующие развитию деструктивных форм туберкулеза.
3. Установить клинические особенности течения деструктивных форм туберкулеза.
4. Определить особенности лабораторных и инструментальных методов

диагностики.

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. Деструктивные формы туберкулёза лёгких – это формы заболевания, при которых происходит распад легочной ткани с формированием полостей (каверн), очагов некроза и казеозного воспаления. Эти формы являются наиболее тяжелыми по течению, высококонтагиозными и сопряжены с неблагоприятным прогнозом без своевременного и адекватного лечения. Классические деструктивные формы подразделяются на инфильтративный туберкулез с распадом (характеризуется наличием свежих инфильтратов в лёгочной ткани с центральными участками некроза и формированием каверн), фиброзно-кавернозный туберкулез (хроническая форма, при которой в лёгких формируются плотные фиброзные капсулы с кавернами, часто множественными, что указывает на длительное течение заболевания) и казеозную пневмонию (тяжёлая форма с массивным казеозным некрозом всей доли лёгкого или значительного его сегмента, протекающая остро и агрессивно). Часто они развиваются у пациентов при поздней диагностике, со сниженным иммунитетом, а также при наличии социальных факторов риска – таких как бедность, безработица, алкоголизм и наркомания. [3]

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.



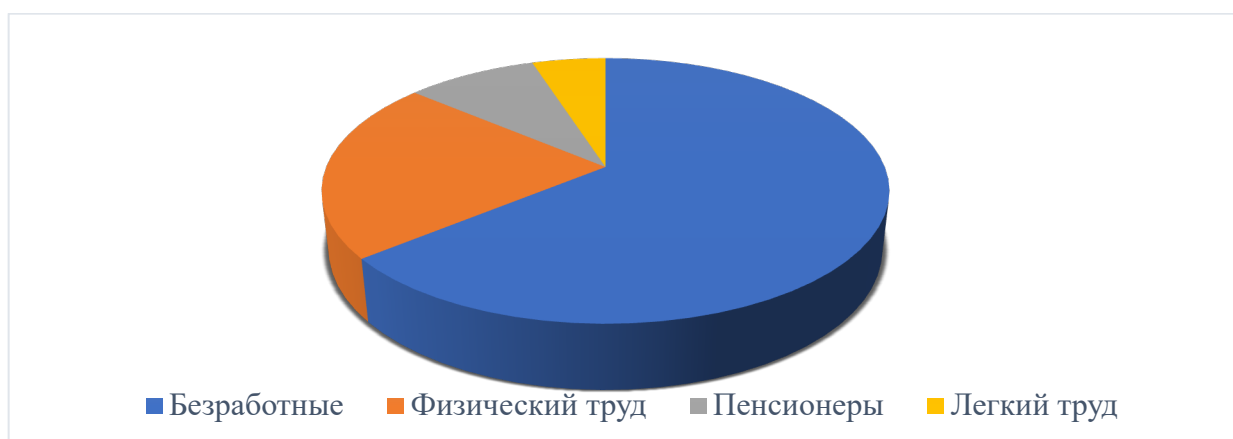
Диагр. 1 – Половая структура

По месту жительства 22,2% – в сельской местности, 75,6% – в городских условиях, а 2,2% – не имели определенного места жительства. При этом у 17% неудовлетворительные условия быта. У 4,4% отмечалась миграция.



Диагр. 2 – Место жительства

По характеру трудовой деятельности: 64,4% – безработные, 22,2% – физический труд, 8,9% – пенсионеры, 5% – легкий труд.



Диагр. 3 – Трудовая деятельность

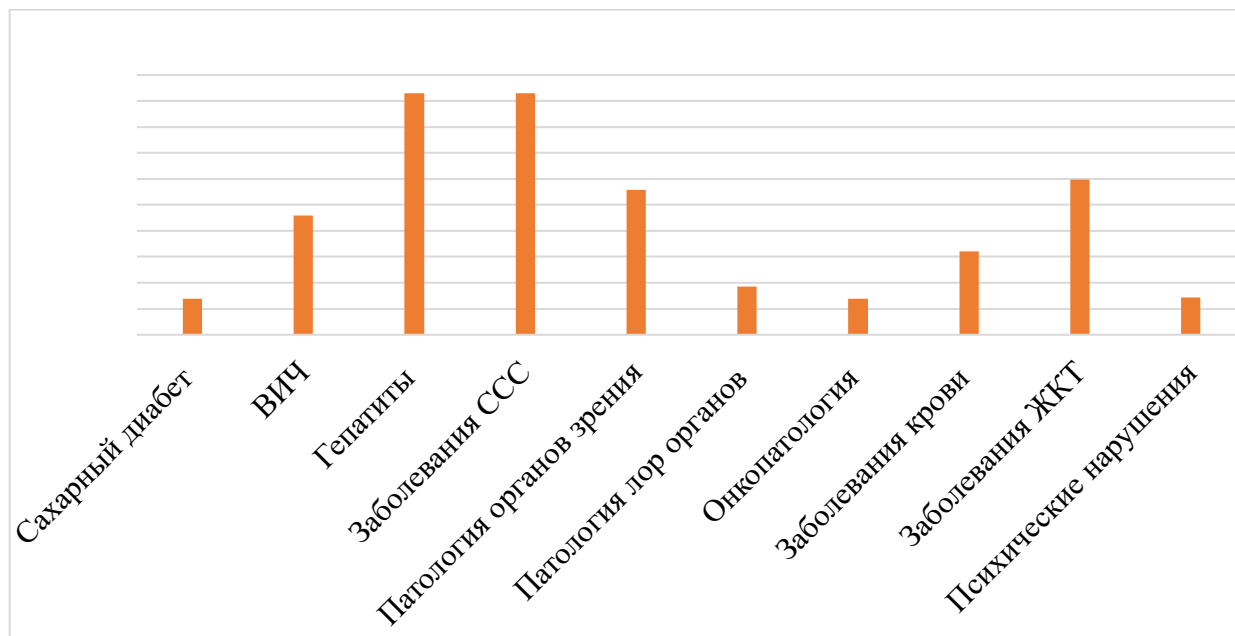
Вредные привычки выявлены у 86,7% пациентов: курение – у 75,6%, злоупотребление алкоголем – у 55,6%, употребление наркотических веществ – у 4,4%. Наличие вредных привычек часто сопровождалось снижением комплаентности и поздним обращением.

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%). Эти данные подчеркивают коморбидность и сложность ведения таких пациентов [2].



Диагр. 4 – Сопутствующие заболевания у пациентов с деструктивными формами туберкулеза

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 – 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*) выявлен у 96% обследованных. У 60% выявлена множественная лекарственная устойчивость (МЛУ), у 40% – широкая лекарственная устойчивость возбудителя (ШЛУ), что осложняло выбор терапии.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила 98 ± 7 дней.

Выводы:

1. Деструктивными формами туберкулеза легких страдают пациенты преимущественно мужского пола (82,2%), проживающие в городских условиях (75,6%), безработные (64,4%).

2. В данной выборке были выявлены следующие факторы риска: 86,7% пациентов имеют вредные привычки, 71,1% пациентов не проходили флюорографическое исследование, 55,6% пациентов имеют иммунодефицит, практически все пациенты страдают сопутствующими заболеваниями (преимущественно гепатиты (46,5%) и заболевания ССС (46,5%)).

3. Клиническая картина характеризовалась выраженным интоксикационным синдромом: повышением температуры тела до $38-39^\circ\text{C}$ у 78% пациентов, дефицитом массы тела (ИМТ $<18,5$) у 40% пациентов, сильной слабостью у 81% пациентов.

4. Рентгенологически наиболее характерной формой деструктивного туберкулеза является казеозная пневмония, в выборке казеозная пневмония выявлена у 4 пациентов (7%). Для лабораторной картины характерны следующие изменения: сдвиг лейкоцитарной формулы влево – у 36% пациентов. Показатель СОЭ повышен ($37,1 \pm 5,13\%$), при этом показатель моноцитов и лимфоцитов в пределах нормы.

Литература

1. Мухамедов, К. С. Клинико-рентгенологические особенности впервые выявленного деструктивного туберкулеза легких / К. С. Мухамедов, М. Х. Джурабаева, Ы. Ш. Сейтбаев. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2017. – № 5 (139). – С. Т.2. 28-32. – URL: <https://moluch.ru/archive/139/39769/> (дата обращения: 21.02.2025).

2. Фтизиатрия : учебник / Перельман М. И., Богадельникова И. В. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 446 с.

3. Шейфер, Ю. А. Деструктивные формы туберкулёза лёгких: особенности формирования, комплексная терапия, коррекция кислородзависимых процессов : монография / Ю. А. Шейфер, И. С. Гельберг, В. В. Зинчук ; Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет". – Гродно : ГрГМУ, 2020. – 187 с.