

Б.С.Кибрик, О.Г.Челнова

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

Кафедра туберкулеза Ярославской государственной медицинской академии

PROBLEMS OF DETECTION AND TREATMENT OF CASEOUS PNEUMONIA

B.S.Kibrik, O.G.Chelnokova

Summary

Peculiarities of detection and treatment of caseous pneumonia depending on timely diagnostics were searched in 128 newly diagnosed patients. The primary detection of the disease in 86% of the patients was shown to be made mostly in therapeutic and pulmonological departments. The length of staying at general somatic hospitals exceeded 7 days in 56% of the patients. A correlation was studied between a delay of the detection of the caseous pneumonia in the general healthcare facilities and a high mortality rate which prevalently — in 63% of the cases — took place during first 2 months after the diagnosis was reached.

The study results demonstrated the necessity of the empirical (testing) anti-tuberculosis therapy in therapeutic departments under keeping the epidemiological requirements when continuing the signs suspected for acute progressive tuberculosis and caseous pneumonia in particular.

Резюме

Исследованы особенности диагностики 128 впервые выявленных больных казеозной пневмонией и результаты лечения в зависимости от своевременности установления диагноза. Показано, что у 86% больных первичная диагностика казеозной пневмонии осуществлялась преимущественно в терапевтических и пульмонологических отделениях. Продолжительность пребывания в общесоматических стационарах у 56% больных превышала 7 дней. Рассмотрена корреляция между задержкой диагностики казеозной пневмонии в общей лечебной сети и высоким удельным весом летальных исходов, наиболее часто (в 63% случаев) наступающих в течение первых 2 мес после выявления заболевания.

Результаты исследования указывают на необходимость в условиях терапевтических отделений, при сохранении симптомов, подозрительных на острый прогрессирующий туберкулез и, в частности, казеозную пневмонию, ставить вопрос о начале эмпирической (пробной) противотуберкулезной терапии с соблюдением эпидемиологических требований.

Неуклонный рост заболеваемости казеозной пневмонией, наблюдаемый в течение последнего десятилетия, является одной из характерных особенностей эпидемиологической ситуации по туберкулезу [1,3,4,8]. Проведенное нами исследование в территориально-административной единице (Ярославль) показало, что за период с 1992 по 2000 г. число впервые выявленных больных казеозной пневмонией увеличилось в 3 раза [3]. По неполным данным за 2001 г. (10 мес) темпы роста казеозной пневмонии нарастают.

Согласно современным представлениям, казеозная пневмония характеризуется быстрым развитием и распространением казеозно-некротических изменений в легких как доминирующей морфологической реакции в условиях выраженного иммунодефицита и бурного размножения микобактерий туберкулеза (МБТ). Клинически она проявляется остро прогрессирующим течением с неуклонным усилением интоксикационного и бронхопульмонального синдромов,

альтеративной рентгенологической картиной с поражением 3 сегментов и более, лабораторными признаками глубокого иммунодефицита, эндотоксикоза и выраженными метаболическими нарушениями [3].

Высокая смертность больных казеозной пневмонией, достигающая 60–80% [1,3,7], определяется не только остро прогрессирующим характером течения заболевания, но также поздним началом противотуберкулезной терапии, обуславливающим неэффективность лечения вследствие значительного объема поражения легочной ткани и развития выраженных полиорганных нарушений [1,2,5]. Таким образом, решение вопросов наиболее ранней диагностики и раннего начала лечения казеозной пневмонии тесно связано с возможностью снижения смертности среди данной возрастной категории больных.

Исследование особенностей выявления у 128 больных казеозной пневмонии, госпитализированных в Ярославский областной противотуберкулезный диспансер, показало, что у 86% больных туберкулез

диагностирован в стационарах общей лечебной сети — в терапевтических и пульмонологических отделениях. Госпитализация больных казеозной пневмонией в общесоматические стационары определялась наличием "масок" заболевания и тяжелым состоянием больных при обращении за медицинской помощью. По нашим наблюдениям, 53% больных казеозной пневмонией первично обращались в поликлиническую службу, но туберкулез был выявлен на данном этапе диагностики всего у 7% больных. В остальных случаях больные казеозной пневмонией службой скорой медицинской помощи направлялись в общесоматические стационары.

"Маски" казеозной пневмонии у 71% больных были обусловлены основными проявлениями заболевания. Выраженные интоксикационный и бронхопульмональный синдромы в сочетании с инфильтративными изменениями в легких по данным рентгенологического обследования определяют наиболее часто встречающиеся "маски" казеозной пневмонии в виде крупозной или очаговой пневмонии, а также рака легкого и сепсиса. Доминирование в клинической картине явлений интоксикации у больных, страдающих алкоголизмом, приводило в 12% случаев к возникновению таких "масок" казеозной пневмонии, как острый алкогольный психоз, отравление алкоголем, хронический алкоголизм, токсическая полинейропатия. Наблюдались такие "маски" интоксикационного генеза, как грипп, инфекционно-токсический шок, ишемическая болезнь сердца (аритмия, стенокардия), вирусный гепатит — у 6% больных казеозной пневмонией. Выраженная сопутствующая патология в виде бронхиальной астмы, хронического обструктивного бронхита, в лечении которых применялись глюкокортикостероиды, явилась фоном для развития казеозной пневмонии и длительное время, до 1–2 мес, определяла "маски" данной тяжелой формы туберкулеза. Поражение туберкулезом других органов обусловило появление таких "масок" казеозной пневмонии, как ларингит, мезаденит — у 3% больных.

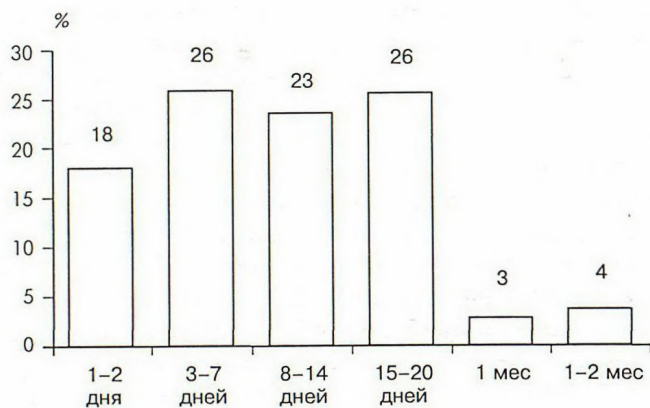


Рис. 1. Продолжительность пребывания больных казеозной пневмонией в общесоматических отделениях.

По оси абсцисс — сроки диагностики казеозной пневмонии в общесоматических отделениях; по оси ординат — удельный вес больных казеозной пневмонией, выявленных в указанные сроки от общего числа наблюдений.

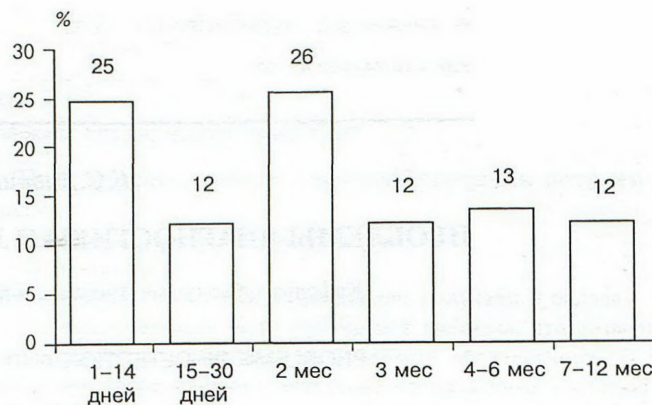


Рис. 2. Сроки наступления летальных исходов у больных казеозной пневмонией после выявления заболевания.

По оси абсцисс — сроки наступления летальных исходов у больных казеозной пневмонией после выявления заболевания; по оси ординат — удельный вес умерших больных казеозной пневмонией в указанные сроки наблюдения от общего числа умерших больных казеозной пневмонией.

Манифестация заболевания с развитием ДВС-синдрома, острым тромбозом крупных сосудов определила возникновение "маски" сосудистой патологии у 2% больных казеозной пневмонией.

Продолжительность пребывания больных казеозной пневмонией в общесоматических отделениях до выявления туберкулеза представлена на рис. 1. Сроки диагностики туберкулеза превышали 7 дней в 56% случаев, 14 дней — в 33% случаев. Выявление специфической этиологии заболевания в 89% случаев происходило на основании клинико-рентгенологических данных, в том числе в 71% случаев при отсутствии эффекта от проводимой антибактериальной терапии. Бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ было проведено всего у 13% больных казеозной пневмонией через 7–20 дней пребывания в общесоматических отделениях. Положительный результат был получен в 11% случаев. В то же время при поступлении в противотуберкулезный стационар массивное и умеренное бактериовыделение было обнаружено у 88% исследуемых больных. Множественные деструкции в легких по данным рентгенологического обследования определялись у 96% больных при выявлении казеозной пневмонии.

Обращает внимание недостаточное и несвоевременное использование бактериоскопического метода диагностики, который является высокоинформативным для выявления больных казеозной пневмонией. Отрицательные результаты исследования мокроты на МБТ у больных казеозной пневмонией, по нашим наблюдениям, в преобладающем большинстве случаев связаны с нарушением техники сбора мокроты.

Негативное влияние задержки диагностики казеозной пневмонии и как следствие позднее начало противотуберкулезной терапии наглядно отражают сроки наступления летальных исходов у исследуемых больных после выявления заболевания (рис. 2). Летальный исход от прогрессирования туберкулеза наступил у 74% больных казеозной пневмонией. Наибольший удельный вес умерших наблюдался в тече-

ние первых 2 мес: он составил 63% от числа всех умерших больных казеозной пневмонией. Удельный вес умерших в течение 1-го месяца составил 36%, в том числе удельный вес умерших в течение первых 2 нед составил 25%.

Проведенное исследование показало, что успех лечения был возможен лишь при ранней диагностике казеозной пневмонии в условиях терапевтических и пульмонологических отделений, а также при выявлении заболевания на поликлиническом этапе. Неуклонное увеличение объема поражения легочной ткани, которое носит необратимый характер вследствие преобладания казеозно-некротических изменений, прогрессивное ухудшение состояния больных казеозной пневмонией определяют сроки диагностики в течение 1–2 нед как критические. Наши наблюдения показали, что по истечении данного периода времени в случае отсутствия эффекта от проводимой терапии, отрицательных результатах исследования мокроты на МБТ, при сохранении подозрения на развитие у больного казеозной пневмонии целесообразным является начало этапа комплексной противотуберкулезной терапии. Ориентирующими признаками для проведения пробного лечения являются:

- тяжелое или прогрессивно ухудшающееся состояние больных, обусловленное ярко выраженными интоксикационным и бронхопульмональным синдромами,
- активное выявление постепенного, в течение 3 нед — 6 мес нарастания интоксикации в виде снижения массы тела на 10 кг и более, усиления слабости, доходящее до выраженной адинамии, возможно появление профузных ночных потов, значительное ухудшение состояния, сопровождающееся фебрильной температурой в течение последних 1–2 нед, с суточными колебаниями температуры тела более 1,5–2°C,
- обнаружение при рентгенологическом исследовании интенсивного неоднородного затемнения, часто инфильтративно-ателектатического характера, с общим объемом поражения составляющим 3 сегмента и более, наличие или появление полостей распада в зоне высокой интенсивности тени, множественных крупных и средних размеров очагов, имеющих тенденцию к слиянию, нарастание рентгенологических изменений в течение 7–10 дней или стабильная картина на фоне лечения антибиотиками.

Дополнительными ориентирующими признаками для начала комплексной противотуберкулезной терапии казеозной пневмонии могут служить: социальная дезадаптация больных (алкоголизм, наркомания, отсутствие постоянного источника дохода, отсутствие постоянного места жительства, пребывание в местах лишения свободы), тяжелая фоновая патология, приводящая к значительному снижению резистентности организма (сахарный диабет, глюкокортикоستيероидозависимые заболевания, психические болезни), неблагоприятный эпидемиологический анамнез.

Высокая степень эпидемиологической опасности больных казеозной пневмонией диктует необходимость изоляции при проведении диагностических мероприятий в условиях общей лечебной сети или госпитализации в противотуберкулезный стационар. Учитывая диагностическую ценность обнаружения МБТ и возможное отсутствие бактериовыделения в начальный период заболевания, в случае подозрения на казеозную пневмонию оправдано многократное, ежедневное контролируемое бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ на фоне лечения. Целесообразно проведение бронхоскопии с аспирационной и щеточной биопсией, поиск МБТ в промывных водах бронхов [2,5,6].

В комплексное лечение в условиях диагностики казеозной пневмонии необходимо включать противотуберкулезные препараты с учетом высокой вероятности химиорезистентности МБТ, а также антибиотиков широкого спектра действия для подавления активности вторичной флоры. В период диагностики казеозной пневмонии, как при любом остром прогрессирующем процессе, показано активное проведение дезинтоксикации с использованием инфузионной терапии и экстракорпоральных методов детоксикации, иммунокорригирующие мероприятия, бронхолитическая терапия, коррекция метаболических нарушений.

Комплексное противотуберкулезное лечение казеозной пневмонии проводится на фоне частых повторных рентгенологических исследований, каждые 7–10 дней, и оценки динамики клинической картины до получения бактериологического подтверждения этиологии заболевания или первых положительных изменений общего состояния. Необходимо учитывать, что более чем у 30% больных казеозной пневмонией даже на фоне проводимой противотуберкулезной терапии наблюдается острейшее прогрессирующее течение. В этих условиях наиболее ранний диагноз будет определять возможность выполнения раннего оперативного вмешательства по жизненным показаниям.

Заключение

Изучение особенностей диагностики казеозной пневмонии показало, что выявление 86% больных осуществлялось в стационарах общей лечебной сети, где они находились с различными "масками" заболевания. Сроки диагностики казеозной пневмонии в общесоматических отделениях в 56% случаев превышали 7 дней, в 33% случаев сроки диагностики превышали 14 дней. Одним из негативных факторов, определяющих длительные сроки диагностики, являлось отсутствие исследования мокроты на МБТ.

Быстрое прогрессирование процесса с увеличением объема необратимого поражения легочной ткани, корреляция длительного периода диагностики, несвоевременное начало противотуберкулезной терапии и высокая вероятность летальных исходов в течение 1-го месяца после выявления заболевания определяют необходимость раннего начала ком-

плексного лечения с использованием противотуберкулезных препаратов при подозрении на развитие казеозной пневмонии.

На уровне современных знаний о казеозной пневмонии и низкой эффективности консервативного лечения она должна быть отнесена к хирургическим формам, когда оперативное вмешательство проводится по жизненным показаниям. Поэтому ответственность терапевта и пульмонолога за каждый день пропуска диагностики казеозной пневмонии чрезвычайно, так как теряется возможность не только терапевтического, но, и как крайней меры хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баласанянц Г.С. Остро прогрессирующий туберкулез легких: диагностика, клиника, лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб.; 2000.

2. Казеозная пневмония: диагностика, клиника и лечение: Метод. пособие для врачей / Мишин В.Ю., Ерохин В.В., Чуканов В.И. и др. М.; 2001.
3. Кибрик Б.С., Челнокова О.Г. Казеозная пневмония (эпидемиология, диагностика, лечение). Ярославль; 2001.
4. Мишин В.Ю., Чуканов В.И. Диагностика и лечение остро прогрессирующих форм туберкулеза легких в современных эпидемиологических условиях. Рос. мед. вести 1998; 4: 22–25.
5. Мишин В.Ю. Диагностика казеозной пневмонии в стационарах общей лечебной сети. В кн.: Актуальные проблемы пульмонологии: Сборник трудов Всероссийского науч. о-ва пульмонологов. М.; 2000. 439–448.
6. Мишин В.Ю. Казеозная пневмония: диагностика, клиника и лечение. Пробл. туб. 2001; 3: 22–29.
7. Упорова Е.Ф., Пислегова С.В., Козлова Т.П., Рязанова Г.В. Казеозная пневмония (лечение и исходы). В кн.: Химиотерапия туберкулеза: Сборник резюме. М.; 2000. 31.
8. Хоменко А.Г., Мишин В.Ю., Чуканов В.И. и др. Диагностика, клиника и тактика лечения остро прогрессирующих форм туберкулеза легких в современных эпидемиологических условиях. Пробл. туб. 1999; 1: 22–27.

Поступила 14.01.02

© АМИРОВ Н.Б., 2003

УДК 616.24–002–085.849.19

Н.Б.Амиров

ДИНАМИКА МЕМБРАННОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ

Казанский государственный медицинский университет,
Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань

DYNAMICS OF ERYTHROCYTE MEMBRANE PERMEABILITY
UNDER LASER THERAPY OF PNEUMONIA

N.B.Amirov

Summary

We studied influence of laser therapy on membrane permeability, serum microelement concentration and microcirculation in a complex treatment of pneumonia. One hundred and five pneumonia patients were observed. They were divided into two groups: a study group of 68 patients received medication and laser therapy and a comparative group of 37 patients received medication only. There were greater reduction in the membrane permeability, an increase in iron and chromium blood serum content, an improvement of the microcirculation due to the vascular component in the study group. These changes closely correlated with laboratory findings and lung function parameters.

Резюме

Изучено влияние лазерной терапии в комплексном лечении пневмонии на показатели проницаемости клеточных мембран. Обследовано 105 больных пневмонией. Больные были разделены на 2 группы: исследуемая группа — 68 человек, наряду с медикаментозной терапией получавших лазерную терапию, и контрольная группа — 37 человек, получавших только медикаментозное лечение.

В исследуемой группе по сравнению с контрольной установлено достоверно более значительное уменьшение проницаемости клеточных мембран, достоверное увеличение содержания железа и хрома в сыворотке крови, улучшение состояния микроциркуляции за счет сосудистого компонента. Указанные изменения имели высокую степень корреляции с лабораторными данными и показателями функции внешнего дыхания.