

ДОЦЕНТ А. И. БЕРЛИН

СКРЫТЫЕ И ПСЕВДОСКРЫТЫЕ ФОРМЫ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА И ИХ СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ

Мы добились в нашей стране больших успехов в борьбе с туберкулезом. Наши специалисты широко применяют все современные методы диагностики и терапии этого заболевания. Каждый диспансер может продемонстрировать сотни и тысячи случаев полного и иногда блестящего излечения. Вместе с тем, в туберкулезные диспансеры все еще приходят больные, лечение которых крайне трудно и нередко безуспешно.

В большинстве случаев неудачи терапии зависят от запоздалого диагноза и запущенности болезни. Существует мнение, что туберкулез часто протекает скрыто, и что это мешает своевременной диагностике. Так ли это? Часто ли это бывает? Изучение огромного диспансерного материала и особенно запущенных форм дает ответ на эти вопросы и приводит к важным практическим выводам.

ИСТИННО СКРЫТЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

Таких форм, когда болезнь действительно ничем не проявляется и совершенно не ощущается организмом, к счастью, на самом деле мало. Как причина запущенного туберкулеза, настоящие скрытые формы бывают не более, чем в 5%. Дело идет обычно о молодых, хорошо развитых крепких людях, которые вообще мало болеют и у которых общая сопротивляемость может преобладать над тканевой.

Такие люди могут „почувствовать“ проявление болезни лишь при высоких степенях ее развития.

Эти больные сами не придут к врачу для своевременной диагностики туберкулеза. Задача выявления туберкулеза у людей этих групп лежит на туберкулезных диспансерах и заключается в массовых осмотрах некоторых „угрожае-



мых" групп населения: подростков, студенчества, работающих во вредных производствах, лиц, имеющих контакт с больными активными формами туберкулеза и т. п.

В противоэпидемических целях проводятся обследования педагогов, работников детских учреждений, пищевиков.

НЕПОДМЕЧЕННЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

Наш анализ показал, что среди запущенного туберкулеза оказывается около 14% таких случаев, когда процесс только кажется долго скрывавшимся. Стоит лишь получше расспросить этих больных, напомнить им некоторые симптомы болезни, и оказывается, что они просто не замечали таких явлений, как небольшая слабость, похудание, утомляемость, а иногда и локальные симптомы. Первая вспышка болезни с некоторыми проявлениями иногда попросту забывается.

Как и в предыдущей группе, большинство таких больных оказывается молодыми, конституционально крепкими, часто тренированными людьми. Некоторые из них „неграмотны“ в медицинском отношении.

Лица этой группы также не идут сами к врачу. Так же, как для предыдущей группы, необходимы активные поиски их со стороны тубдиспансеров путем массовых осмотров вышеуказанных групп населения.

ЛОЖНОТОЛКУЕМЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Очень часто туберкулезные больные ощущают довольно обычные и общеизвестные проявления болезни: ослабление, повышение утомляемости, похудание, кашель и т. д. Однако не менее часто отмечается склонность больных давать ложное толкование симптомам болезни или извращать причинности и связи. Так, кашель объясняют курением, поты — тем, что жарко. Иногда объяснение находят в других мнимых или сопутствующих болезнях. Похудание, повышенную утомляемость трактуют нередко как „переутомление от работы“.

Эти больные обращаются в амбулатории и попадают к врачам разных специальностей, но чаще к терапевтам и невропатологам. Здесь может произойти еще худшее, если врач, будучи невнимательным или, поддаваясь влиянию больного, также даст ложное толкование симптомам болезни. Срок правильного диагноза отдалится еще больше, и вместе с тем туберкулез оказывается запущенным. Такие больные могут подолгу посещать амбулатории с диагнозом

бронхитов, малярии, неврозов, невыясненных заболеваний и недомоганий. Ложнотолкуемые формы, как причина запущенного туберкулеза, встречаются по моим данным в 60%.

В чем кроется причина существования таких случаев? Здесь часто имеет место боязнь туберкулеза—фтизиофобия. Многие больные бессознательно или полусознательно гонят от себя мысль о туберкулезе и могут иногда увлечь на ложный путь врача. Конституция здесь не играет роли, скорее, однако, дело идет о слабых, часто болеющих лицах, которые до известной степени привыкают к недомоганиям и находят способы объяснить их. Наряду с людьми малокультурными в этой группе немало развитых, интеллигентных лиц, и совсем нередко встречаются врачи и медицинские сестры.

Наибольшая ответственность за выявление таких форм лежит не на специалистах. Врачи общей сети, к которым впервые идут эти больные, должны знать основы туберкулеза, искать его самостоятельно или направлять больных в тубдиспансеры.

В амбулаториях и стационарах необходимо повышенное внимание к гриппозным больным, легочным, к „плевритикам“, малярикам, длительно и часто болеющим.

Для выявления больных этой группы играет большую роль санитарно-просветительная работа в общих амбулаториях и вне их, имеющая задачей возможно шире распространить правильные сведения о туберкулезе.

Нетуберкулезные стационары обязаны выполнять приказ НКЗ, требующий обязательной рентгеноскопии всякого больного и исследования мокроты на бациллы Коха у тех, кто ее выделяет.

НЕХАРАКТЕРНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

При анализе запущенных форм туберкулеза выявляется около 17% таких, где болезнь долгое время протекала с симптомами, не укладывающимися в рамки обычных представлений о туберкулезе. При этом встречаются синдромы сердечно-сосудистого характера, нервного, желудочно-кишечного, астматического, тифозного. Симптомы, общеизвестные для туберкулеза, малозаметны и отступают на второй план. Причина кроется в роли конституции, в наличии патологической общей реактивности или повышенной чувствительности отдельных систем и органов, наконец, в известной функциональной или органической недостаточности последних. Иногда дело зависит и от формы туберкулеза и своеобразия его локализации.

Так, например, тифоподобный синдром может быть связан в одних случаях с формой туберкулеза (милиарный туберкулез, казеозная пневмония), а в других с крайне повышенной общей реактивностью, в частности, нервно-психической сферы и с преобладанием общих реакций над местными, тканевыми.

Специфическая или неспецифическая сенсibilизация серозных оболочек, сосудистой системы—может обусловить основные, наиболее выраженные симптомы со стороны этих систем и оболочек; что опять-таки на первый взгляд не совпадает с распространенным представлением о туберкулезе и его проявлениях.

Органические или функциональные заболевания печени, желудка и других органов, давая при вспышках туберкулеза свои проявления, могут своеобразно окрашивать течение основного туберкулезного заболевания, также делая его проявления как бы нехарактерными.

Возможность своевременно выявить такие формы всецело зависит от врачей общей сети и разных специальностей, к которым эти больные впервые обращаются.

Врачи должны иметь в виду туберкулез при разнообразных жалобах, особенно при затяжных заболеваниях, не поддающихся проводимой терапии, и особенно у людей с подозрительным анамнезом, тем более имевших контакт с туберкулезными больными; необходимо внимание к особенностям течения каждого длительного заболевания. Нужен осмотр легких не только у легочных больных, необходимо шире рентгеноскопировать грудную клетку, а в стационарах, выполняя приказ НКЗ, просвечивать больных в обязательном порядке и исследовать мокроту на бациллы Коха у всех, выделяющих ее.

СТУШЕВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Здесь дело идет о комбинациях туберкулеза с другими заболеваниями, которые более сильно выражены и более ярки по симптомам. Вследствие этого туберкулез стушевается и долго оказывается как бы скрытым. Так, приходилось наблюдать нераспознанный туберкулез на фоне абсцесса легких, астмы, выраженного порока сердца, базедовой болезни. Такие случаи я выявил в 4% запущенного туберкулеза.

При подобных обстоятельствах выявить туберкулез действительно трудно. Все трудности при этом падают не на фтизиатров, а на врачей других специальностей. В значи-

тельной степени ситуация похожа на таковую при нехарактерных формах. Однако, поскольку второе заболевание действительно существует и ясно проявляется,—вспомнить о туберкулезе сложнее. Еще более в этих случаях важно учесть анамнез, подметить необычные наслоения помимо диагностированного заболевания, не совсем типичные данные лаборатории; еще более необходимо у всякого больного исследовать легкие и рентгеноскопировать грудную клетку.

Учитывая все указанное, следует, таким образом, помнить, что можно своевременно выявить немалое количество ранних, скрытых и псевдоскрытых форм туберкулеза, предупреждая появление запущенных процессов.

Врачи нефтизиатры должны иметь основные представления о туберкулезе и владеть минимумом простейших методов обследования для выявления легочного туберкулеза.

В частности следует:

- а) использовать всегда анамнез;
- б) особенно тщательно перкутировать и аускультировать верхние отделы легких, заставляя покашливать больных;
- в) возможно шире использовать исследование мокроты и рентгеноскопию легких;
- г) всегда помнить о туберкулезе, во-время заподозрить его наличие, а затем попытаться диагностировать или хотя бы направить больного в туберкулезный диспансер.

Приложение

Классификация легочного туберкулеза, принятая в СССР

Различаются десять основных клинических форм легочного туберкулеза.

1. Первичный комплекс. В активных формах обычно у детей и школьников. У взрослых чаще в фазе излечения. Прогноз чаще благоприятен.

2. Туберкулез бронхиальных желез. В активной форме обычно у детей, школьников, подростков. У взрослых чаще в фазе фиброза, иногда в фазе выпышки. Прогноз чаще благоприятен.

3. Острый милиарный туберкулез. Можно различать четыре вида: тифоподобный, легочный, менингеальный, септикоподобный—форма редкая, но тяжелая по прогнозу.

4. Подострый и хронический диссеминированный туберкулез. В легких рассеянные очаги. Течение чаще всего хроническое со выпышками. Прогноз различен и зависит от площади поражения, срока диагноза, условий и лечения.

5. Ограниченный очаговый туберкулез. В легких небольшое количество очажков на ограниченном участке. Симптомы обычно малы, прогноз благоприятен.

6. Инфильтративный туберкулез. В легких большей частью одиночный пневмонический фокус. Начальная фаза остра и нередко коротка

после чего может следовать „скрытый“ или „псевдоскрытый“ периоды. Нередко идет под диагнозами пневмоний, гриппа и других заболеваний.

Прогноз зависит от срока диагноза и лечения.

7. Казеозная пневмония. Редкая, но тяжелая по прогнозу форма: сначала похожа на пневмонию или острую инфекцию.

8. Хронический фиброзно-кавернозный туберкулез. Развивается из других форм и диагностируется лишь при наличии более старой, отграниченной фиброзной каверны. Обычно при этом уже отмечаются разные степени бронхогенной диссеминации. Прогноз различен и зависит во многом от срока выявления.

9. Цирротический туберкулез представляет из себя исход других форм с большим фиброзом и сморщиванием. На первом плане постепенно оказывается хроническая сердечная недостаточность и бронхоэктазы.

10. Туберкулезные плевриты разных типов и локализаций.

При диагнозе большинства из десяти форм обязательно указывается фаза развития процесса на данный момент.

Фазы различают следующие: 1) инфильтрация, 2) распад и обсеменение, 3) рассасывание, 4) уплотнение (фиброз, петрификация).

Дополнительно и факультативно применяют буквенные обозначения:

А—компенсированный туберкулез, В—субкомпенсированный туберкулез,

С—декомпенсированный туберкулез.

Одно состояние и обозначение может сменяться другим.



Редактор К. А. Воздвиженский

ИВГИЗ. 1945 г. Подписано к печати 11/XI-1944 г. КЕ—17461. Печ. л. 3/8
Уч.-изд. л. 0,35. Тираж 400 экз.

Типография издательства Ивановского областного совета депутатов трудящихся, Иваново Типографская, 4. Заказ № 6437.

