



Все права защищены. Ни одна часть воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте <http://kaznmu.kz/press/>

УДК. 616.24-002.5-07

П.М. ДЖАЗЫБЕКОВА

*Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова, кафедра фтизиопульмонологии*

ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НИЖНЕДОЛЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Обзор литературы посвящен проблеме туберкулеза легких нижнедолевой локализации, своевременное выявление и дифференциальная диагностика которого с другими патологическими процессами представляет значительные трудности. На основе анализа литературы выявлены основные причины диагностических ошибок при локализации патологического процесса в нижней доле легкого.

Ключевые слова: туберкулез, нижняя доля легких, дифференциальная диагностика

При туберкулезе легких несомненное преимущество сохраняется за верхнедолевыми поражениями. Вместе с тем в литературе имеются сведения о «передислокации» туберкулеза, учащении его локализации в нижней доле, в частности в шестом бронхолегочном сегменте [1, 2, 3]. Туберкулез нижнедолевой локализации является не только разновидностью локализации туберкулеза легких, а представляет собой своеобразную форму туберкулез легких со сложным патогенезом, присущими ему особенностями клинического течения, что находится в тесной связи с анатомо-функциональными условиями нижней доли. Частота нижнедолевого туберкулеза по отношению к общему числу больных туберкулезом легких исследователями 60-80-х годов исчисляется от 0,56 до 17,6% [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Подавляющее большинство работ, посвященных изучению особенностей течения нижнедолевого туберкулеза легких, опубликовано в 60-80-е годы.

Первое сообщение о нижнедолевом туберкулезе было сделано в 1837 году Г.И.Сокольским [12]. Внимание фтизиатров эти процессы привлекли позднее, после того, как обнаружилась недостаточная эффективность искусственного пневмоторакса, пневмоперитонеума и торакопластики при лечении больных с нижнедолевыми кавернами [13, 14, 15, 16, 17]. С тех пор вопросам диагностики туберкулеза легких с поражением сегментов нижней доли всегда отводилось особое место. Особенности патогенеза, диагностики и клинического течения туберкулеза нижних долей легких привлекали внимание врачей различных специальностей. Это объясняется особенностями течения и сложностью диагностики туберкулеза этой локализации.

Интерес, проявляемый авторами к туберкулезу легких нижнедолевой локализации в прежние годы, не ослабел до настоящего времени, т.к. сложности выявления и высокий процент поздней диагностики определяют потребность в изучении особенностей клиники и диагностики туберкулеза, развивающегося в сегментах нижней доли на современном этапе [2, 18, 19, 20].

В литературе существует единое мнение о недоброкачественном течении этого заболевания, которое проявляется развитием у лиц молодого возраста инфильтративной формы поражения с экссудативным компонентом воспаления, ранней кавернизацией и туберкулезным поражением бронхов.

Среди сегментов нижней доли наиболее уязвимым является верхушечно-нижний (шестой) бронхолегочный сегмент и значительно реже туберкулезный процесс локализуется в десятом заднебазальном сегменте. Подобное распределение специфических изменений в нижней доле объясняется анатомо-функциональными особенностями различных сегментов. Общеизвестно, что верхушечно-нижний сегмент в сравнении с базальными (7, 8, 9, 10 сегментами) значительно хуже вентилируется, имеет менее благоприятные условия дренажа, кровотока, кровоснабжения и иннервации. Горизонтальное

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толе би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz

направление лимфатических сосудов в этом сегменте может способствовать лимфостазу. В базальных сегментах оттоку лимфы благоприятствуют сокращения самой мощной дыхательной мышцы – диафрагмы.

Указания на менее благоприятное течение туберкулеза при локализации его в нижней доле легкого получили подтверждение и в ряде других работ [21, 22, 23]. Так, было прослежено, что при локализации туберкулезных изменений в шестом сегменте в воспалительный процесс сравнительно часто вовлекается сегментарный бронх. Патоморфологическими исследованиями установлено, что в кавернах этого сегмента прогрессирование выражено более интенсивно, а процессы заживления представлены слабее, чем в кавернах верхнедолевой локализации [24, 25, 26].

До настоящего времени нет единого мнения о патогенетических механизмах развития нижнедолевых процессов, а порой данные литературы противоречивы. Одни авторы относят его к первичному периоду инфекции, свидетельством чего являются молодой возраст больных, увеличение внутригрудных лимфатических узлов, большая частота поражения бронхов, резко положительная реакция Манту и наличие параспецифических аллергических реакций (узловатая эритема, кератоконъюнктивит, туберкулиды кожи и др.).

Ряд исследователей, анализируя данные клинического обследования и рентгенологическую картину описанных поражений, связывают нижнедолевые процессы с первичным или ранним послепервичным туберкулезом. Авторами выявлена связь процесса с первичным туберкулезом на основании анамнестических указаний на перенесенный в прошлом бронхоаденит, а также на данных рентгенологического и патогистологического исследований, указывающих на возникновение нижнедолевого процесса в зоне кальцинированных очагов и пневмосклероза, оставшихся после перенесенного ранее первичного туберкулеза [27, 28, 29, 30]. По мнению авторов, перечисленные остаточные после первичного туберкулеза изменения сенсбилизируя окружающую их легочную ткань, создавали благоприятные условия для реактивации старых и возникновения свежих туберкулезных очагов. Наблюдающееся у многих больных поражение бронхов с бронхоспазмом, нарушением их дренажной функции и развитием ателектазов в свою очередь способствовало развитию туберкулезного процесса. При этом отмечено, что бронхоспазм у некоторых больных клинически не проявлялся и был установлен только при исследовании методом пневмотахометрии с применением атропиновой пробы.

Некоторые авторы считают, что туберкулез нижних долей может быть проявлением как первичного, так и вторичного туберкулеза легких [4, 14].

Другие же ученые считают, что нижнедолевая локализация активного туберкулеза легких является чаще всего результатом прорыва казеозных масс из лимфатических узлов корней легких в бронхи [31].

В литературе имеются сведения об исследованиях, которые показали, что патогенетически туберкулез в шестом бронхолегочном сегменте связан с преимущественным распространением инфекции по лимфатическим путям и поражением поверхностных и других лимфатических путей сегмента, т.е. является лимфогенным [24, 32].

Патологические изменения в нижней доле характеризуются крупно фокусными и полостными образованиями [1, 9, 25], кроме того, по данным патоморфологических исследований, были выявлены некоторые особенности туберкулеза легких нижнедолевой локализации, в частности, преобладание экссудативной фазы воспаления над продуктивной фазой, склонность к распаду и частое поражение бронхов. При гистологическом исследовании резецированных каверн шестого сегмента было установлено наличие выраженного прогрессирования в них по контакту, с разрушением фиброзной стенки каверны, и по бронхам с вовлечением субсегментарных и сегментарных их ветвей. Заживление каверны также было своеобразным: оно совершалось путем заполнения каверны грануляциями и казеозом с образованием на месте каверны очага. В то же время в дренирующих каверны бронхах сохранялся активный туберкулезный процесс в виде казеозного панбронхита. Гистологическое исследование туберкулем шестого сегмента также выявило признаки острого прогрессирования с расплавлением казеоза, разрушением капсулы и переходом воспаления в прилежащую паренхиму. Таким образом, данное патоморфологическое исследование позволило выделить особенности течения каверн и туберкулем шестого сегмента, характеризующиеся склонностью к прогрессированию и слабой выраженностью репаративных реакций. Наряду с указанными основными специфическими изменениями в большинстве случаев в резецированных частях легких определялись неспецифические в виде периваскулярного склероза, рубцов, сетчатого фиброза междольковых и межальвеолярных перегородок, участки эмфизематозных или ателектазированных альвеол. Наличие указанных участков неспецифического поражения создает значительные диагностические трудности при интерпретации характера легочной патологии [21, 24, 26, 32]. Наличие выраженного неспецифического компонента в легких, у многих больных, с признаками нарушения дренажной функции бронхов создают необычную для туберкулеза рентгенологическую картину, затрудняют интерпретацию теневых образований и диагностику туберкулеза легких нижнедолевой локализации.

При изучении клинических особенностей нижнедолевого туберкулеза установлено, что они неразрывно связаны с его начальным проявлением и течением – исходной инфильтративной формой поражения и характеризуются острым началом

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толе би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz

по типу плевропневмонии, склонностью к распаду и раннему бактериовыделению, частым вовлечением в воспалительный процесс субсегментарного и сегментарного бронхов с нарушением их дренажной функции, что способствует менее благоприятному течению и исходу процесса и замедлению развития репаративных процессов [8, 10, 12, 20, 33].

Эти клинические особенности нашли отражение и в ряде других исследований, которые показали, что симптомы интоксикации выражены у 41,5% больных при локализации в верхних долях и у 67,0% - при нижнедолевой локализации, деструкция выявлена в 77,0% случаев при данной локализации и 56,0% случаев при верхнедолевой локализации процесса [22]. Такая же тенденция отмечена и другими авторами, указывающими, что острое и подострое начало инфильтративного туберкулеза легких при нижнедолевой локализации обуславливает первоначальный диагноз пневмонии и более позднюю диагностику туберкулеза легких. Поэтому у 36,8% больных с данной локализацией процесса бактериовыделение явилось первоначальным и решающим симптомом для диагноза туберкулеза [5, 34].

Больные, страдающие туберкулезом нижнедолевой локализации, в подавляющем большинстве случаев, являются бактериовыделителями [13, 15, 22]. По данным этих авторов МТ в мокроте таких больных определяются в 80-100% случаев. Это указывает на необходимость многократного исследования мокроты на микобактерии туберкулеза у всех больных с затянувшейся пневмонией или при атипичном ее течении.

Актуальной проблемой фтизиатрии и пульмонологии, особенно в условиях эпидемиологически неблагоприятной ситуации, продолжает оставаться дифференциальная диагностика [11, 27, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41]. По данным ряда исследователей диагностические ошибки при туберкулезе в специализированных учреждениях составили 17,6%, а в неспециализированных – 82,3%. Частота ошибок при диагностике нижнедолевых процессов достигает 50-85%, тогда как при локализации поражений в верхних долях этот показатель колеблется в пределах от 8,6% до 56,6% [1, 2, 22, 33, 42, 43]. Это связано с тем, что в условиях высокоэффективной специфической и неспецифической антибактериальной терапии за последние годы отмечается изменение клинического течения и патоморфоза не только всех форм туберкулеза, но и неспецифических пневмоний.

Наибольшее число ошибок наблюдаются у больных, направленных в стационары с инфильтративным туберкулезом легких и туберкулемами. Эти формы туберкулеза вообще, а тем более при локализации в сегментах нижних долей особенно сходны по своей клинко-рентгенологической картине с пневмониями и опухолями легких. Показатели физического исследования и лабораторные данные также имеют лишь относительное значение в дифференциации туберкулеза, пневмоний, абсцесса и опухолей легких.

Анализ доступной литературы позволил выявить основные причины диагностических ошибок при локализации патологического процесса в нижней доле легкого, которыми явились: нетипичная для туберкулеза легких локализация в сегментах нижней доли, где обычно располагаются неспецифические процессы; большое сходство клинической и рентгенологической картины туберкулеза, пневмоний и рака легких этой локализации; недостаточное знакомство терапевтов с клинической симптоматикой туберкулеза легких нижнедолевой локализации; недостаточно полноценное обследование больных с нижнедолевыми процессами и не всегда правильная интерпретация полученных данных; недооценка значения исследования мокроты на МБТ, томографии легких, бронхологического исследования [2, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 44].

Некоторые авторы считают, что у 60% больных туберкулез легких трудно дифференцировать от других заболеваний только путем рентгенологического обследования [2, 29, 36, 39, 40, 45]. Однако в более половине случаев причиной неправильной диагностики легочного заболевания являются неполноценность рентгенологического исследования и неправильная оценка рентгенологических показателей. Так, у большинства больных диагноз туберкулеза нижних долей устанавливался только после появления в легких полости распада [1, 10, 15, 22, 42, 46]. Неполноценность рентгенологического исследования проявлялась в проведении исследования только в прямой проекции, в то время как для выявления и полного представления о патологии в сегментах нижней доли, особенно в шестом бронхолегочном сегменте, очень важно рентгеномографическое исследование в боковой проекции [33, 43]. Патологические образования ограниченной протяженности, расположенные в верхнем и внутреннем субсегментах задней зоны, при исследовании в прямой проекции отображаются нечетко, суммируясь с корнем и средостением. Рентгеномографическое исследование в боковой проекции позволяет получить дополнительную информацию. Однако, при поражении этих сегментов полную диагностическую информацию, оценку структуры патологического образования, характер стенки полости, состояние окружающей ткани, легочного рисунка и корня легкого, можно получить только при компьютерной томографии, которая также определяет достоверную топическую диагностику и протяженность процесса.

Важной диагностической особенностью туберкулеза нижнедолевой локализации является грубое усиление легочного рисунка. Эндо- и перибронхиальные воспалительные процессы туберкулезной природы в нижней доле являются причиной

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толе би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz

нарушения вентиляционной и дренажной функции и обуславливают патологическую трансформацию легочного рисунка. Усиленный, размытый легочный рисунок затрудняет выявление ограниченного туберкулезного процесса. Оценка измененного рисунка легкого только по данным рентгенологического исследования в прямой проекции может быть причиной диагностических ошибок. Имеющуюся длительное время патологию в нижних долях легких иногда трактуют как интерстициальную пневмонию. Рентгено-томографическое исследование в боковой проекции позволяет выявить истинный характер изменений в виде туберкулем, полостей, туберкулезных очагов [11, 34, 43]. Основным рентгенологическим признаком, отличающим нижнедолевой туберкулез от легочной патологии такой же локализации нетуберкулезного происхождения, авторы считают очаговую структуру патологического образования, наличие очагов диссеминации вокруг него и интактность корня легкого. В то же время исследованиями других авторов показано, что очагово-подобные тени могут выявляться и при пневмонии и раке легких, что не позволяет исключить туберкулез [10, 13, 42]. Наличие кальцинированных очагов в зоне патологического процесса, которые могут определяться у больных с нетуберкулезными заболеваниями, усугубляют трудность рентгенологической дифференциальной диагностики. Не умаляя диагностического значения указанного признака, не следует, однако, его и переоценивать. Следовательно, рентгенологические нельзя рассматривать изолированно в отрыве от данных клинического, гематологического, иммунологического, бронхологического и других видов исследования.

На выраженность патоморфоза туберкулеза легких, в современной неблагоприятной по туберкулезу эпидемиологической ситуации, обращают внимание и другие исследователи. По их данным в 33,3% случаев при первичном осмотре диагноз туберкулеза не был расшифрован. В ряде случаев больные туберкулезом легких необоснованно длительно лечатся с ошибочными диагнозами неспецифического заболевания легких в общехирургических стационарах. В этих случаях, зачастую, диагноз верифицируется только во время или после операций, что приводит к поздней диагностике, и соответственно, ухудшаются результаты лечения, оставляя высоким процент летальности [27, 36, 37].

О сложностях диагностики неспецифической пневмонии и инфильтративного туберкулеза нижнедолевой локализации свидетельствует тот факт, что 47,0% больных с неспецифической пневмонией поступили с диагнозом инфильтративный туберкулез, 31,75% - туберкулез и пневмония и 21,25% - с тремя диагнозами: туберкулез, пневмония, опухоль. В то же время при инфильтративном туберкулезе у 54,1% больных первоначальным диагнозом являлась пневмония, а у остальных 45,9% больных было два диагноза: пневмония и туберкулез [47]. Это приводит в свою очередь к несвоевременной диагностике и запоздалому лечению таких больных.

Сходство симптоматики нижнедолевого туберкулеза с неспецифическими заболеваниями дыхательных путей и недостаточное клиничко-рентгенологическое исследование явились причиной ошибочной или поздней диагностики туберкулеза у 39,5% больных, у которых диагноз туберкулеза был установлен в сроки от 6 месяцев до 6 лет. Этому способствует, также, распространенное среди врачей общей лечебной сети мнение о преимущественном поражении туберкулезным процессом верхних долей легких и отсутствие в связи с этим настороженности к туберкулезу при локализации процесса в нижних долях [1, 42, 43].

Существенно возросли трудности дифференциальной диагностики туберкулеза легких и со злокачественными новообразованиями [29, 35, 40, 41].

В связи с вышеизложенным многие больные длительно находятся в терапевтических, онкологических и других стационарах, что опасно в эпидемиологическом отношении.

В целом, приведенные данные свидетельствуют о существенном изменении клинической симптоматики, рентгенологических проявлений, характера течения туберкулеза. При нижнедолевой локализации туберкулез протекает чаще под «маской» неспецифических заболеваний. Эти факторы значительно затрудняют своевременное распознавание туберкулеза легких и его дифференциальную диагностику с другими патологическими процессами, особенно при локализации процесса в нижних долях, которая все еще считается необычной для туберкулеза. Учитывая нарастание частоты дифференциально-диагностических трудностей, особенно при атипичном течении, как туберкулеза, так и неспецифических пневмоний, рака, многими учеными изучаются специальные дополнительные методы исследования, которые могли бы иметь наибольшую информативную ценность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Тресс А.С. Ошибки в диагностике туберкулеза легких нижнедолевой локализации //Советская медицина.-1978.-№ 4.-С.106-110.
- 2 Абашев И.М., Щербаткина К.Н. Сложности и возможности диагностики туберкулеза легких нижнедолевой локализации //Клиническая медицина.-2000.-№ 5.-С.29-30.

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толе би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz

- 3 Абашев И.М., Козлова А.И., Щербаткина К.Н. Значение микробиологического исследования мокроты в выявлении нижнедолевого туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза и лёгких. - 2007. - №5. - С. 14-17.
- 4 Озерова Л.В. Клиника и лечение нижнедолевого деструктивного туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. - 1963. - № 11. - С.47-53.
- 5 Андрушина К.М., Бородина Н.В., Савенков Д.И., Олиферовская Р.П. Особенности инфильтративного туберкулеза легких нижнедолевой локализации // Клиническая медицина. - 1985. - № 12. - С.48-50.
- 6 Костина З.Н., Бычкова Н.И. Результаты лечения нижнедолевого туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. - 1981. - № 7. - С. 16-19.
- 7 Зильберман Р.П., Френкель Э.Д., Поцелуев В.С. К вопросу о нижнедолевом туберкулезе легких // Ученые записки Ставропольского мединститута. - Т.7, Ставрополь, 1963. - С.208-215.
- 8 Харчева К.А. К вопросу о лечении больных туберкулезом легких нижнедолевой локализации // Проблемы туберкулеза. - 1974. - № 3. - С.30-33.
- 9 Тресс А.С. Особенности клиники и диагностики туберкулеза легких нижнедолевой локализации: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.26. - Л., 1977. - 16 с.
- 10 Бычкова Н.И. Клиника, диагностика и результаты лечения нижнедолевого туберкулеза легких у взрослых в современных условиях: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.26. - Л., 1978. - 16 с.
- 11 Харчева К.А., Стрепетова Т.И. Дифференциальная диагностика нижнедолевого туберкулеза и неспецифических заболеваний легких // Сов. медицина. - 1971. - № 10. - С. 45-49.
- 12 Сокольский Г.И. Учение о грудных болезнях. М., 1838.
- 13 Бычкова Н.И. Особенности клинического течения нижнедолевого туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. - 1973. - № 2. - С.32-35.
- 14 Ямпольская В.Д. Результаты применения экстраплеврального пневмолиза у больных с нижнедолевым туберкулезом легких при облитерированной и свободной плевральной полости // Проблемы туберкулеза. - 1957. - № 5. - С. 30-33.
- 15 Озерова Л.В. Особенности течения и характер заживления каверн у больных с нижнедолевым туберкулезом легких // Труды 2-го Всесоюзного съезда фтизиатров. - Москва, 1964. - С. 194-196.
- 16 Полуянова Р.П. Лечение нижнедолевых туберкулезных каверн искусственным пневмотораксом и пневмоперитонеумом в сочетании с антибактериальной терапией // Научные труды Украинского научно-исследовательского института туберкулеза. - Харьков, 1961. - С. 216-222.
- 17 Naraqi S. Туберкулез нижнего легочного поля // Austr. N.Z.J.Med. - 1980, 10. - № 4. - P.401-404.
- 18 Чистякова Н.И. Клинические проявления и особенности течения аденогенного туберкулеза легких нижнедолевой локализации: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.26. - Москва, 2004. - 24 с.
- 19 Хауадамова Г.Т., Сыртанова А.А., Шаймуратов Ш.Ш. Результаты обследования нижнедолевых процессов в диагностическом отделении / В кн.: II Международный конгресс пульмонологов Центральной Азии. - Алматы, 1996. - С.326.
- 20 Гельдыев А.Г., Араздурдыев Д.Д. Особенности течения и эффективность лечения больных туберкулезом легких нижнедолевой локализации // Здравоохранение Туркменистана. - 1986. - № 1. - С. 36-38.
- 21 Попова Н.И. Влияние сегментарного расположения каверны на течение и исход туберкулеза легких // Врачебное дело. - 1971. - № 10. - С. 79-82.
- 22 Новикова Т.И., Кузнецова В.И. Особенности клинического течения нижнедолевого инфильтративного туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. - 1990. - № 4. - С. 68-70.
- 23 Полянская Н.А. Особенности туберкулеза нижних долей легких // Советская медицина. - 1969. - № 1. - С. 39-44.
- 24 Полянская Н.А. Морфологическая характеристика деструктивных форм туберкулеза в шестом бронхолегочном сегменте // Проблемы туберкулеза. - 1968. - № 10. - С. 78-83.
- 25 Тресс А.С., Вавилин Г.И. Клинико-морфологические особенности нижнедолевого туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. - 1977. - № 12. - С. 59-64.
- 26 Денисюк Н.И. Особенности процессов заживления кавернозного туберкулеза в различных сегментах легких // Авторефераты докладов 4-й Научной конференции молодых ученых ЦНИИТ. - М., 1966. - С. 101-102.
- 27 Тресс А.С. Причины ошибок в диагностике туберкулеза и воспалительно-нагноительных заболеваний легких нижнедолевой локализации // В кн.: Дифференциальная диагностика туберкулеза легких и организация его раннего выявления. Труды республиканской конференции врачей-фтизиатров. - Москва, 1977. - С. 112-113.
- 28 Mathur K.S., Tanwar K.L., Razdan G.K. Lower lung field tuberculosis // Indian G., Chest Dis. - 1974. - Vol. 16, N 1. - P. 31-41.

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz

- 29 Лазарева Я.В. Компьютерная томография в комплексном рентгенологическом обследовании больных с объемными образованиями во фтизиопульмонологической клинике: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.26., 14.00.19.-Москва, 1991.-18 с.
- 30 Полуянова Р.П. Лечение больных с нижнедолевым деструктивным туберкулезом легких: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.26.- Харьков, 1965.-15 с.
- 31 Berger N.W., Granada M.G. Lower Lung Field tuberculosis //Chest.-1974.-Vol. 65, N 5.-P. 522-526.
- 32 Полянская Н.А. Клинико-морфологическая характеристика туберкулеза локализованного в 6-ом бронхолегочном сегменте: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.26.- Москва, 1968.-21 с.
- 33 Новикова Т.И. Впервые выявленный инфильтративный туберкулез легких нижнедолевой локализации, особенности течения и лечения: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.26.- Москва, 1989.-23 с.
- 34 Нисан Г.И. Нижнедолевой туберкулез легких у взрослых (клиника, диагностика, лечение): автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.26.-М., 1964.- 17 с.
- 35 Хоменко А.Г. Ранняя диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза легких //Клиническая медицина.-1995.- № 3.- С. 59-60.
- 36 Мишин В.Ю., Дейкина О.Н., Назарова Н.В. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких и внебольничной пневмонии //Consilium medicum. - (интернет-версия). Справочник поликлинического врача.-2004.-№5, Том 03.- (Дата обращения: 20.03.2011).
- 37 Абдуллаева Г.Б., Колосова К.Ю., Цветкова О.А. Трудности диагностики туберкулеза легких в клинике внутренних болезней // Русский медицинский журнал. - 2005. - Т. 13, №27. - С. 1908-1916.
- 38 Абилов А.У. Особенности выявления и диагностики казеозной пневмонии в общесоматических лечебных учреждениях на современном этапе: сборник резюме 20-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. - М., 16-19 ноября 2010. - № 409. - С. 308.
- 39 Дворецкий Л.И., Налиткина А.А., Борисов С.Е. Диагностика туберкулеза органов дыхания в многопрофильном стационаре // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2009. - №3. - С. 9-15.
- 40 Дейкина О.Н., Мишин В.Ю., Демикова О.В. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких и внебольничной пневмонии // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2009. - №3. - С. 39-41.
- 41 Карачунский М.А. Дифференциальная диагностика туберкулёза лёгких // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. - 2005. - №1. - С. 6-9.
- 42 Костина З.И., Бычкова Н.И. Ошибки в диагностике туберкулеза легких нижнедолевой локализации //Клиническая медицина.-1981.-№ 12.-С. 18-22.
- 43 Харчева К.А. Ошибки в диагностике туберкулеза при нижнедолевой локализации процесса //Врачебное дело.-1972.-№ 8.-С.89-94.
- 44 Сухова Е.В., Сухов В.М. Анализ причин поздней диагностики туберкулёза лёгких // Пульмонология. - 2005. - №2. - С. 89-91.
- 45 Ратобильский Г.В. Лучевые методы выявления и диагностики туберкулеза сегодня //Проблемы туберкулеза.- 2004.-№ 4.- С.3-6.
- 46 Стрепетова Н.И. Рентгенологическая диагностика туберкулеза легких нижнедолевой локализации //Проблемы туберкулеза.-1971.- № 2.- С.56-59.
- 47 Норейко Б.В., Савенков Д.И., Олиферовская Р.П., Бортников А.Ф., Кравцова С.И. Дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза и пневмонии при их нижнедолевой локализации //Клиническая медицина.-1991.-№ 5.- С.53-55.

П.М. ДЖАЗЫБЕКОВА

ӨКПЕНІҢ ТӨМЕНГІ БӨЛІГІНДЕ ОРНАЛАСҚАН ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
(ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ)

Түйін: әдебиетке шолу өкпенің төменгі бөлігінде орналасқан туберкулез мәселесіне арналған. Өйткені оны уақытылы анықтау және басқа патологиялық үрдістерден ажырату едәуір қиындықтар тудырады. Әдебиетке шолу жүргізу барысында өкпенің төменгі бөлігінде орналасқан патологиялық үрдістерді анықтаудағы жіберілетін қателердің негізгі себептері анықталған.

Түйінді сөздер: туберкулез, өкпенің төменгі бөлігі, ажырату диагностикасы.

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz

P.M. JAZYBEKOVA

**FEATURES OF PULMONARY TUBERCULOSIS OF LOW LOBE LOCALIZATION
(REVIEW OF THE LITERATURE)**

Resume: review of the literature dedicated to pulmonary tuberculosis of low lobe localization, early detection and differential diagnosis which presents significant difficulties with other pathological processes. On the basis of analysis of the literature identified basic reasons of diagnostic mistakes at localization of pathological process in the lower lobe of the lung.

Keywords: tuberculosis, lower lobe of the lung, differential diagnosis.

Адрес редакции:
050012
Алматы, ул.Толле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz