

УДК 616-002.5-003.2

**А. В. ЛЫСОВ
О. Г. ИВАНОВА
А. В. МОРДЫК**

Омская государственная
медицинская академия

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В статье приводятся данные об изменениях в течении ряда клинических форм туберкулеза. Делается вывод о недостаточной изученности факторов, определяющих особенности течения инфильтративного туберкулеза и оказывающих влияние на эффективность лечения данной категории больных.

С начала 90-х годов отмечается значительное ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу как в России, так и во всем мире (в том числе и в высокоразвитых странах) [3, 4, 5, 41]. В России на ухудшение эпидемиологической обстановки сильное влияние оказали социальные и экономические факторы: снижение жизненного уровня населения, прогрессирующее распространение алкоголизма и наркомании, высокая миграция населения, увеличение числа беженцев и лиц без определенного места жительства. На сегодняшний день, несмотря на относительное экономическое благополучие, уро-

вень заболеваемости и смертности от туберкулеза по-прежнему остается высоким во всех регионах России [3, 4, 5, 15, 19, 41]. Исследования ряда авторов [11, 12, 20] показывают, что в последнее десятилетие отмечены определенные изменения в течении ряда клинических форм туберкулеза, в том числе инфильтративного туберкулеза легких, который традиционно занимает лидирующее положение в структуре клинической заболеваемости [18, 21, 32, 40]. В клинической структуре туберкулеза, обусловившего летальный исход заболевания, по данным Т.В. Глушной (2003), доля инфильтративного туберкулеза легких

составляет 18,6%. В случаях посмертной диагностики заболевания инфильтративный туберкулез легких выявлен у 12,5% умерших [7]. Исходя из этого, изучение особенностей течения инфильтративного туберкулеза легких является чрезвычайно актуальным.

Изучение возрастного-полового состава больных показало, что максимальный процент заболевших инфильтративным туберкулезом легких наблюдался в возрасте 20-29 лет [8, 13], увеличилась доля лиц 60 лет и старше ($11,8 \pm 2,6\%$), уменьшилась — в возрасте 50-59 лет ($4,6 \pm 1,7\%$), т.е. в конце 90-х годов наблюдался факт «постарения» туберкулеза [11], который другие авторы для данной формы туберкулеза констатировали, наоборот, в конце 80-х годов [24, 30].

Среди лиц с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких мужчины составляли 64,7%, и имело место достоверное снижение доли мужчин среди заболевших. Соотношение мужчин и женщин составило 1,8 : 1, просматривалась явная тенденция к росту удельного веса женщин среди заболевших [4, 8, 9, 45]. Сельские жители преобладали над городскими (62,1%) [37]. Сравнительное изучение социального статуса больных показало рост их образовательного уровня: лиц с начальным и неоконченным средним образованием было $13,1 \pm 2,7\%$, со средним и среднеспециальным — $80,4 \pm 3,2\%$, с высшим — $6,5 \pm 2,0\%$ [11, 14]. В соответствии с ростом образовательного ценза уменьшилась доля лиц, занимающихся физическим трудом, с $55,2 \pm 4,8\%$ до $26,8 \pm 3,6\%$ [8, 33]. Удельный вес служащих остался почти неизменным, составив $13,7 \pm 2,8\%$. Обращала на себя внимание высокая доля медицинских работников (38,1%) среди заболевших служащих. Учащиеся и студенты составили $7,7 \pm 2,6\%$ и $3,9 \pm 1,6\%$; выросла доля пенсионеров — с $4,8 \pm 2,1\%$ до $11,8 \pm 2,6\%$ и инвалидов по общему заболеванию — с $3,9 \pm 1,9\%$ до $5,2 \pm 1,8\%$. Особенно возрос удельный вес неработающих лиц трудоспособного возраста (до $38,6 \pm 3,9\%$) [14, 31]. Значительно уменьшилась доля лиц, не имеющих семьи (до $18,3 \pm 3,1\%$); увеличилась — проживающих в благоустроенных квартирах — до $51,6 \pm 4,0\%$, снизился удельный вес лиц, в разное время пребывавших в исправительно-трудовых учреждениях (с $19,0 \pm 3,8\%$ до $10,5 \pm 2,5\%$). Вышеперечисленное указывало на несколько более благоприятную социальную структуру больных и свидетельствовало о том, что туберкулез стал «подниматься вверх по социальной лестнице» [14, 31, 48]. Однако следует отметить, что вредные привычки были значительно распространены: страдало хроническим алкоголизмом или злоупотребляли алкоголем соответственно $26,1 \pm 3,6\%$, курило — $61,4 \pm 3,9\%$ [32, 38].

Резко возросла роль семейных и родственных контактов: до $30,7 \pm 3,7\%$, что свидетельствует о большей выраженности роли экзогенной суперинфекции в развитии туберкулезного процесса. Отмечался и постепенный рост значения профессионального контакта — до $7,8 \pm 2,2\%$, что связано с высоким удельным весом медицинских работников среди заболевших [3, 4].

Констатировано и увеличение доли лиц с сопутствующими заболеваниями группы риска — до $58,8 \pm 4,0\%$ [1, 11, 38]. По данным этих авторов, преобладающими являлись ХНЗЛ, возросшие до $38,6 \pm 3,9\%$, хронический алкоголизм — $18,3 \pm 3,1\%$, сахарный диабет — $5,2 \pm 1,8\%$.

При изучении характеристики туберкулезного процесса было установлено снижение удельного веса ограниченных бисегментарных процессов [11, 12,

20]. Н.В. Назарова, В.Ю. Мишин, изучая течение инфильтративного туберкулеза легких, лобулярный инфильтрат диагностировали у 21, 7% больных, округлый — у 12%, облаковидный — у 24, 1%, периссиссурит — у 19,3%, лобит — у 22, 9% [20]. Особенно показателен в динамике рост удельного веса распространенных процессов, поражающих более доли легкого, — до $15,7 \pm 2,9\%$. Увеличилась доля деструктивных процессов, что связано с большей распространенностью процесса, обусловленной, очевидно, более выраженным экссудативным характером воспаления, о чем свидетельствуют данные ряда авторов [5, 6, 8, 10, 22, 24]. У лиц с бессимптомно протекавшим туберкулезом легких Н.М. Корецкая, Б.М. Елизаров, О.В. Шадрина выявляли распад легочной ткани в 27,3% случаев, несмотря на то, что в этой группе больных преобладали ограниченные процессы. Е.А. Григорьева (2004) отметила, что удельный вес полостей распада диаметром 2 см и более увеличился в 1,5 раза (35% против 21, 2%), а множественных деструкций (2 и более) — с 33,3% до 40, 1%. Соответственно более высокому проценту деструктивных процессов был более высок и процент бронхогенного обсеменения ($43,8 \pm 4,0\%$) [23, 38, 48].

Доля бактериовыделителей осталась стабильной, но изменились свойства возбудителя, что проявилось в росте первичной лекарственной устойчивости микобактерий с $4,3 \pm 2,4\%$ до $49,5 \pm 5,0\%$. Монорезистентность была отмечена у 44% больных, имеющих первичную лекарственную устойчивость, а у 56% имела место полирезистентность [8, 20, 43, 44, 46]. Согласно исследованиям Н.М. Корецкой, Ю.Х. Садыковой, Н.С. Волковой (2004), наибольший удельный вес первичной лекарственной устойчивости МБТ констатирован к стрептомицину — 88,2%, причем в половине случаев это была монорезистентность. Доля первичной лекарственной устойчивости к изониазиду ниже — 50% и монорезистентность — в 5,9% случаев. Значительно ниже удельный вес первичной лекарственной устойчивости к рифампицину (20, 6%) и этамбутолу (11, 8%). Анализ причин высокого уровня первичной лекарственной устойчивости, в том числе полирезистентности, позволил установить у 54% наличие в анамнезе контакта с туберкулезными больными: у 30% — семейный контакт, у 16 — в пенитенциарных учреждениях, у 8 — производственный [3, 13]. Необходимо отметить, что бактериовыделение отличалось своей массивностью (только бактериологическим методом МБТ были обнаружены лишь у $28,2 \pm 4,3\%$) [12, 45].

Анализ путей выявления заболевания в динамике показал рост доли активно выявленных больных — до $44,0 \pm 4,0\%$ — на фоне снижения охвата населения профосмотрами. Более детальное изучение этого факта позволило установить в динамике рост доли больных инфильтративным туберкулезом легких, имеющих в большей или меньшей степени выраженности клинические симптомы заболевания в течение различных сроков и не обращавшихся за медицинской помощью, а выявленных при профилактическом флюорографическом обследовании: их доля достигла $24,1 \pm 3,5\%$ [27, 38]. Сравнение сроков прохождения профилактического флюорографического обследования, предшествовавших заболеванию, показало, что в течение первого года заболевание развилось у $35,3 \pm 3,9\%$. Каждый 3-й больной не проходил профилактическое флюорографическое обследование в течение 3-х и более лет [27, 33, 38]. Такая же тенденция отмечалась в группе больных из семейных, родственных и производст-

венных контактов. Заболевание одинаково часто выявлялось при профилактическом флюорографическом обследовании и при обращении, а в декретированные сроки обследовалось лишь $34,5 \pm 6,2\%$. Необходимо отметить, что каждый 3-й из контактных имел еще и заболевания группы риска, т.е. имела место неудовлетворительная работа как общей лечебной сети, так и противотуберкулезной службы [27, 38].

Изучение начальных проявлений инфильтративного туберкулеза показало, что удельный вес острого его характера был $33,3 \pm 3,8\%$, что напрямую связано с высоким удельным весом распространенных процессов, деструкции и бронхогенного обсеменения, выявленных нами у больных инфильтративным туберкулезом легких в настоящее время. [5, 6, 13, 16, 23, 26, 29]. По мнению Т.И. Петренко, Т.Я. Худяковой (2004), приблизительно в 1/3 случаев (37%) отмечается бессимптомное начало заболевания. Среди лиц с бессимптомно протекающим туберкулезом инфильтративный туберкулез легких составляет 72,7% [26, 33]. За период 1993-2003 гг. доля осложненного течения заболевания возросла с 22,0 до 28,9%. У 19,2% имело место сочетание двух и более осложнений, что не наблюдалось в 90-е годы. Еще одной особенностью инфильтративного туберкулеза легких этого периода, выявленной Н.Н. Корецкой (2003), был высокий удельный вес внелегочных локализаций туберкулезного процесса: до $14,4 \pm 2,8\%$, причем он нарастал в динамике.

Клинические проявления инфильтративного туберкулеза легких в динамике также претерпели значительные изменения: отмечено снижение частоты таких симптомов интоксикации, как слабость, повышение температуры, потливость, т.е. наблюдался диссонанс между объемом поражения легочной ткани, частотой ее распада и выраженностью этих симптомов, что связано с менее внимательным отношением к своему здоровью, имеющимся у заболевших в современных условиях. Доказательством этого является и тот факт, что лишь $15,7 \pm 2,9\%$ больных отмечало такой симптом, как похудание, хотя дефицит веса от 5 до 36 кг имело 77,1 $\pm$ 3,4%. Из бронхолегочных симптомов следует отметить учащение одышки и кровохарканья до $30,1 \pm 3,7\%$ и $9,2 \pm 2,3\%$ соответственно [6, 11, 42]. Физикальное обследование больных не выявило достоверных различий в изменении характера дыхания. Катаральные явления в легких, несмотря на нарастающий объем поражения и частоту распада легочной ткани, в динамике стали выслушиваться значительно реже — у $22,2 \pm 3,4\%$ больных [22].

Изменения в гемограмме проявлялись характерными для туберкулезного процесса сдвигами: лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопенией, моноцитозом, ускорением СОЭ, но частота изменения первого показателя в 80-е годы была в 1,9 и 3,6 раза выше, а второго, наоборот, в 1,8 и в 5,0 раз ниже [26, 30]. Имело место снижение частоты сдвига лейкоцитарной формулы влево, и она составила лишь $0,6 \pm 0,6\%$, а также снижение частоты моноцитоза до $6,5 \pm 2,0\%$, т.е. в современных условиях при инфильтративном туберкулезе изменения этих показателей наблюдаются реже, чем прежде. Н.М. Корецкая, Б.М. Елизаров, О.В. Шадрин отметили достаточно высокий удельный вес больных с бессимптомно протекающим туберкулезом, у которых туберкулезный процесс сопровождался лимфоцитозом, — $36,4\%$ [33]. Наибольшая частота увеличения СОЭ ($81,0 \pm 3,2\%$) является характерной чертой современного туберкулеза [11].

Эффективность лечения впервые выявленных больных в течение последнего десятилетия снизилась [28, 32]. Так, согласно исследованиям Е.А. Григорьевой (2004), курсовое лечение оказалось эффективным у 70% больных. Этим же автором отмечено, что частота формирования фиброзно-кавернозного туберкулеза возросла на 1,5% (с 8,0% в 1990 г. до 9,5% в 2000-2001 гг.). Среди факторов, оказывающих влияние на исход лечения больных с впервые выявленным туберкулезом легких, наибольшее значение имеют: недисциплинированность больных (досрочное прекращение лечения, перерывы в лечении, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, курение), особенности течения туберкулезного процесса (остропрогрессирующие и распространенные формы туберкулеза легких), Лекарственная устойчивость МБТ, непереносимость противотуберкулезных препаратов, отказ больного от оперативного лечения, дефекты схем терапии (несвоевременное назначение резервных противотуберкулезных препаратов, занижение дозировок, недостаточно широкое использование хирургического лечения, ограниченное применение коллапсотерапии) [18, 32, 34, 36]. Высокая частота первичной лекарственной устойчивости МБТ, по мнению Н.М. Корецкой, Ю.Х. Садыковой, Н.С. Волковой (2004), значительно снижает эффективность лечения: среди больных, пролеченных более 3 месяцев, закрытие полостей распада составило лишь 12%, прекращение бактериовыделения — 30,8% [13]. По данным Ю.В. Мишина, А.Н. Наумовой (2004), по окончании лечения в группе лиц с инфильтративным туберкулезом легких, выделяющих микобактерии с множественной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам, стабилизация рентгенологической картины отмечалась у 36,7% больных, у 12,5% сохранялись полостные образования, у 4,7% — отмечалась отрицательная динамика [35]. Результаты исследования И.В. Богадельниковой с соавт. (1997) свидетельствуют о целесообразности индивидуализации лечебной тактики при инфильтративном туберкулезе легких. У ряда таких больных использование хирургического вмешательства на ранних этапах лечения является методом, альтернативным длительной и непрерывной химиотерапии [2, 34].

Таким образом, за 20-летний период инфильтративный туберкулез подвергся значительному патоморфозу: в структуре заболевших увеличилась доля лиц в возрасте 60 лет и старше, изменилось соотношение мужчин и женщин в сторону роста последних, изменилась и социальная структура больных. В патогенезе инфильтративного туберкулеза повысилась роль экзогенной суперинфекции и заболеваний группы риска, и в конце 90-х годов он характеризовался обширностью поражения, высокой частотой распада легочной ткани и массивностью бактериовыделения, быстротой роста МБТ, которые почти в половине случаев имели первичную лекарственную устойчивость с высоким уровнем полирезистентности, высоким удельным весом сочетания поражения легких с внелегочной локализацией процесса, наличием диссонанса между объемом поражения легочной ткани, частотой ее деструкции и выраженностью интоксикационного синдрома и, наоборот, наличием соответствия характеристики процесса частоте таких бронхолегочных симптомов, как одышка и кровохарканье. Исходя из вышеизложенного, по-прежнему остаются недостаточно изученными факторы, определяющие особенности течения инфильтративного туберкулеза легких и оказыва-

ющие влияние на эффективность лечения данной категории больных. Знание этих факторов позволит разработать методику лечения, направленную на их своевременное устранение или коррекцию, что будет способствовать оптимизации результатов основного курса химиотерапии, а в дальнейшем — уменьшению резервуара инфекции в регионе.

Библиографический список

1. Анализ сопутствующих заболеваний при туберкулезе легких за 28 лет / Е.Н. Стрельцова, А.Г. Терентьева, Б.Г. Животовский, А.А. Винник // 8-й национальный конгресс по болезням органов дыхания. — М., 1998. — С. 406.
2. Богадельникова И.В. Индивидуализация лечебной тактики при инфильтративном туберкулезе легких / И.В. Богадельникова, М.В. Калинина, Н.Г. Балта / Пульмонология. — 1997. — № 2. — С. 35-38.
3. Борзенко А.С. Влияние экологического неблагополучия на течение инфекционного процесса / А.С. Борзенко, Н.А. Попкова // Проблемы туберкулеза. — 1999. — № 2. — С. 18-19.
4. Бородулин Б.Е. Инфильтративный туберкулез легких на фоне ухудшающейся эпидемиологической обстановки / Б.Е. Бородулин, О.В. Любаева, С.М. Захарова // Матер. 9-го национального конгресса по болезням органов дыхания. — М., 1999. — С. 126.
5. Валь Н.С. Патогенетические особенности течения инфильтративного туберкулеза легких у больных в Якутии: Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 165 с.
6. Гавриленко В.С. Клиническая характеристика взрослых больных туберкулезом органов дыхания // Туберкулез сегодня: материалы VII съезда фтизиатров. — М.: БИНОМ, 2003. — С. 126.
7. Глумная Т.В. Клиническая структура туберкулеза, обусловившего летальный исход заболевания // Пульмонология. 13-й национальный конгресс по болезням органов дыхания: Сборник резюме. — СПб., 2003. — С. 385.
8. Григорьева Е.А. Инфильтративный туберкулез легких в современных условиях / Е.А. Григорьева, И. Ф. Копылова // Новые технологии во фтизиатрии: сб. трудов юбилейной научно-практической конференции с международным участием. — Томск, 2002. — С. 119-120.
9. Заболеваемость туберкулезом в Свердловской области / О.Б. Нечаева, В.А. Ватолина, Б.И. Новикова // Проблемы туберкулеза. — 2000. — № 2. — С. 9-13.
10. Клинико-рентгенологические особенности и результаты лечения инфильтративного туберкулеза легких в современных условиях / Е.А. Григорьева, И.Ф. Копылова // Проблемы туберкулеза и современные пути их решения: сб. трудов междунар. науч.-практич. конф. — Томск, 2004. — С. 103-104.
11. Корецкая Н.М. Эволюция туберкулеза легких и современные аспекты его выявления в Красноярском крае. — Красноярск: Поликом, 2003. — 250 с.
12. Криштафович А.А. Рентгеноморфологические аспекты патоморфоза туберкулеза легких / А.А. Криштафович, И.Б. Савин, О.Ф. Бояркина // Туберкулез сегодня: матер. VII съезда фтизиатров. — М.: БИНОМ, 2003. — С. 99.
13. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза и ее характеристика у больных инфильтративным туберкулезом легких / Н.М. Корецкая, Ю.Х. Садыкова, Н.С. Волкова // Проблемы туберкулеза и современные пути их решения: сб. трудов междунар. науч.-практич. конф. — Томск, 2004. — С. 86-87.
14. Медико-социальная характеристика больного деструктивным туберкулезом / А.Г. Долгина, А.С. Заволжин, З.А. Лапина // Матер. 10-го национального конгресса по болезням органов дыхания. — СПб., 2000. — С. 304.
15. Мишин В.Ю. Актуальные вопросы туберкулеза органов дыхания. — М., 2001. — 86 с.
16. Мишин В.Ю. Казеозная пневмония: диагностика, клиника и лечение // Проблемы туберкулеза. — 2001. — № 3. — С. 22-29.
17. Мишин В.Ю. Эффективность лечения туберкулеза легких, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью / В.Ю. Мишин, В.И. Чуканов, И.А. Васильев // Проблемы туберкулеза. — 2002. — № 12. — С. 18-23.
18. Мишин В.Ю. Химиотерапия впервые выявленных больных туберкулезом легких / Ю.В. Мишин, И.А. Васильева, О.П. Дрыга // Туберкулез сегодня: матер. VII съезда фтизиатров. — М.: БИНОМ, 2003. — С. 258.
19. Мишин В.Ю. Лекарственно устойчивый туберкулез легких: учебное пособие для врачей. — М., 2005. — 142 с.
20. Назарова Н.В. Течение инфильтративного туберкулеза в современных условиях / Н.В. Назарова, В.Ю. Мишин // Туберкулез сегодня: матер. VII съезда фтизиатров. — М.: БИНОМ, 2003. — С. 268.
21. Никишова Е.И. Эффективность краткосрочных курсов химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом с бактериовыделением / Туберкулез сегодня: матер. VII съезда фтизиатров. — М.: БИНОМ, 2003. — С. 259.
22. О концепции Национальной российской программы борьбы с туберкулезом // Проблемы туберкулеза. — 2000. — № 3. — С. 51-55.
23. Особенности клиники, диагностики и лечения пациентов с ранее неэффективно леченным туберкулезом легких / Т.И. Петренко, Т.А. Худякова, А.В. Музыко, Е.М. Жукова // Проблемы туберкулеза и современные пути их решения: сб. тр. Междунар. научно-практич. конф. — Томск, 2004. — С. 121.
24. Особенности течения инфильтративного туберкулеза легких в современных условиях / М.А. Ибрагимов, Р.Ф. Курбанов, Ф.И. Турсунова // II съезд врачей-фтизиатров: сб. резюме. — Саратов, 1994. — С. 56.
25. Петрунина И.Е. Клинико-рентгенологические особенности впервые выявленного туберкулеза органов дыхания у взрослых в современных условиях // Проблемы туберкулеза. — 1987. — № 1. — С. 30-33.
26. Поташова В.А. Особенности выявления и клинического течения инфильтративного туберкулеза легких в современных условиях / В.А. Поташова, Ж.А. Волкова // 7-й национальный конгресс по болезням органов дыхания. — М., 1997. — С. 169.
27. Поташова В.А. Клинико-рентгенологические проявления и терапия инфильтративных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных / В.А. Поташова, Ж.А. Волкова // IV съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров: тез. докл. — М., Йошкар-Ола, 1999. — С. 74.
28. Одинец В.С. Эффективность лечения больных туберкулезом на стационарном этапе / В.С. Одинец, Т.И. Василенко, В.И. Левченко // Туберкулез сегодня: матер. VII съезда фтизиатров. — М.: БИНОМ, 2003. — С. 246.
29. Пунга В.В. Лекарственная чувствительность МБТ у впервые выявленных больных туберкулезом / В.В. Пунга // 5-й национальный конгресс по болезням органов дыхания. — М., 1995. — №1765.
30. Рышко Н.А. Течение инфильтративного туберкулеза легких в современных условиях / Н.А. Рышко, Т.И. Шаркова, Л.И. Евсеева // Проблемы туберкулеза. — 1979. — № 10. — С. 3-6.
31. Сиренко И.А. Патоморфоз инфильтративного туберкулеза у подростков с 1973-1995 гг. / И.А. Сиренко, Л.А. Суханова, О.Ю. Марченко // III съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров: сб. резюме. — Екатеринбург, 1997. — С. 66.
32. Скорняков С.Н. Прогноз эффективности основного курса химиотерапии туберкулеза органов дыхания / С.Н. Скорняков, Е.А. Егоров, В.Ф. Соколов // Пульмонология. 13-й национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. резюме. — СПб., 2003. — С. 281.

33. Современная характеристика бессимптомно протекающего туберкулеза легких / Н.М. Корецкая, Б.М. Елизаров, О.В. Шадрин // Проблемы туберкулеза и современные пути их решения: сб. тр. междунар. науч.-практич. конференции. — Томск, 2004. — С. 66-67.

34. Степанов С.А. Результаты хирургических вмешательств у больных инфильтративным туберкулезом легких / С.А. Степанов // Проблемы туберкулеза. — 2000. — № 6. — С. 51-54.

35. Течение и эффективность лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью МБТ к основным и резервным препаратам / В.Ю. Мишин, А.Н. Наумова // Проблемы туберкулеза и современные пути их решения: сб. тр. междунар. науч.-практич. конф. — Томск, 2004. — С. 67-68.

36. Ткаченко С.О. Причины низкой эффективности стандартной химиотерапии в сочетании с другими методами лечения / С.О. Ткаченко, В.Н. Ободзинский // Туберкулез сегодня: матер. VII съезда фтизиатров. — М.: БИНОМ, 2003. — С. 249.

37. Толстых А.С. Туберкулез легких у жителей сельской местности в условиях Восточной Сибири (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 1997. — 24 с.

38. Чеботарева Т.В. Методы выявления инфильтративного туберкулеза легких в поликлинике ОЛС / Т.В. Чеботарева, А.И. Облогина // Пульмонология. 13-й национальный конгресс по болезням органов дыхания: Сб. резюме. — СПб., 2003. — С. 295.

39. Черкасов В.А. Клинические аспекты патоморфоза инфильтративного туберкулеза легких / В.А. Черкасов, С.А. Степанов, И.П. Мирошникова, С.И. Сейтмуратова // Проблемы туберкулеза. — 2004. — № 4. — С. 16-19.

40. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2003 году. — М., 2004. — 64 с.

41. Шилова М.В. Эффективность лечения больных туберкулезом на современном этапе / М.В. Шилова, Т.С. Хрулева // Проблемы туберкулеза. — 2005. — № 3. — С. 3-11.

42. Characteristics of the medical status and living conditions of the homeless registered as tuberculosis patients in Nagoya City / K. Yamanaka, T. Akashi, M. Miyao et al // Kekkaku. — 1999. — Vol. 74, № 2. — P. 99-105.

43. Drug-resistant tuberculosis in Germany / M. Forsborn, D. Sagebie, B. Hauer, R. Lodden-Kerr et al // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2001. — Vol. 5, № 11. — P. 83-84.

44. Drug resistance in pulmonary tuberculosis in Turkey / Europ. Resp. J. — 2004. — Vol. 28, Suppl. 48. — P. 3992.

45. Hudelson P. Gender differentials in tuberculosis: the role socioeconomic and cultural factors / P. Hudelson // Tuberc. Lung Dis. — 1996. — Vol. 77, № 5. — P. 391-400.

46. Frequency of resistance to antituberculosis drugs in 2003 year / S. Goluboviz, I. Djorjeviz et al // Eur. Resp. J. — 2004. — Vol. 28, Suppl. 48. — P. 3976.

47. Lille-back T. Molecular evidence of endogenous reactivation of M. tuberculosis / T. Lille-back // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2001. — Vol. 5, № 11. — P. 35.

48. Pathogenesis of tuberculosis: pathway to apical localization / V. Balasubramanian, E.H. Wiegand, B.T. Taylor et al // Tubercule. — 1994. — Vol. 75, № 3. — P. 168-178.

Статья поступила в редакцию 28.09.06 г.

© Лысов А. В., Иванова О. Г., Мордык А. В.

УДК 616.25-003.217+612.017.1

**Е. П. ПОДГУРСКАЯ
В. И. СОВАЛКИН
Т. И. ДОЛГИХ**

Областная клиническая больница»

Омская государственная
медицинская академия

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ С ПЛЕВРАЛЬНЫМ ВЫПОТОМ

Целью исследования было определить диагностическую значимость цитокинов — интерлейкинов 1-бета, 6 и 8 и фактора некроза опухолей-альфа при плевральных выпотах. Цитокиновый профиль исследован у 45 пациентов. Выявлено достоверно высокое содержание интерлейкина-8 и фактора некроза опухолей-альфа в сыворотке в случае параневмонического плеврального выпота и интерлейкина 1-бета в плевральной жидкости при туберкулезном плевральном выпоте. Это дает предположение о возможности их определения при плевральных выпотах неясной этиологии.

Развитие воспалительного процесса в плевре является результатом повышения проницаемости капилляров, что приводит к аккумуляции плевральной жидкости (ПЖ). В норме в ПЖ содержится небольшое количество клеток (в основном мезотелиальных,

макрофагов и лимфоцитов), небольшое количество белка (0,1 г/л) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) [10]. Различное соотношение этих составляющих служит диагностическим критерием в дифференцировке между экссудатом и транссудатом. Несмотря на