

вать в мононуклеарных фагоцитах и только активированные мононуклеарные фагоциты могут оказывать бактерицидный эффект [8]. При анализе фагоцитарного звена в подгруппах 1а и 1б мы наблюдали положительную динамику показателей в сравнении с таковым у здоровых доноров. Стимуляция фагоцитарной активности проявлялась в увеличении АФП, НСТсп и НСТст при достоверном подавлении фагоцитарной активности (ФАН и ФЧ) в подгруппе с наиболее распространенными формами легочного туберкулеза (подгруппа 1б).

Таким образом, при инфильтративном туберкулезе легких в экссудативно-альтеративной фазе воспаления отмечается активация гуморального звена иммунитета, сопутствующая наиболее тяжелым формам заболевания. На этом фоне показатели клеточного звена иммунитета после кратковременного компенсаторного стимулирования у больных с небольшим объемом поражения легочной ткани имеют тенденцию к снижению, что особенно достоверно проявляется на уровне кожных реакций замедленного типа на туберкулин и соотношения CD4+/CD8+ субпопуляций лимфоцитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах М.М., Хоменко И.С. // Врач. дело — 1989. — № 8. — С. 43—44.

УДК 616—002.5—078

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ МЕЖРАЙОННОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

О.В. Шакурова, С.А. Нуриева, А.З. Тутик, С.Е. Кукаркин, Л.П. Ерохова

*Бугульминский межрайонный противотуберкулезный диспансер
(главрач — заслуж. врач РТ О.В. Шакурова)*

Современная эпидемиологическая ситуация характеризуется значительным повышением заболеваемости туберкулезом. Это обуславливает настоятельную необходимость улучшения бактериологического обследования больных и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом.

Настоящая работа посвящена изучению состояния микробиологической диагностики туберкулеза за 1985—1994 гг. с целью определения эффективности работы бактериологической лаборатории в системе противотуберкулезных мероприятий.

2. Вахидова Г.А., Еремеев В.В., Убайдуллаев А.М. // Пробл. туб. — 1991. — № 5. — С. 69—72.

3. Кноринг Б.Е. // Пробл. туб. — 1995. — № 1. — С. 18—21.

4. Краснощекова Е.Е., Валеева И.Т. // Казанский мед. ж. — 1993. — № 3. — С. 232—233.

5. Морозова Т.И., Худзик Л.Б., Тибров А.П. // Пробл. туб. — 1995. — № 4. — С. 14—17.

6. Селицкая Р.П., Грачева М.П., Каланина М.В., Пономарева Ю.Ю. В кн.: III Национальный конгресс по болезням органов дыхания. — М., 1992.

7. Kaufmann S.H.E. // Rev. infect. Dis. — 1989. — Vol. 11. — P. 448—454.

8. Kaufmann S.H.E. // Atemwegs—Lungenkr. — 1990. — Bd. 16. — S. 99—102.

9. Leveton C., Barnass S., Chempion B. et al. // Infect Immunol. — 1989. — Vol. 57. — P. 390—399.

Поступила 26.12.95.

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF IMMUNOGRAM INDICES OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS AND HEALTHY DONORS

O. V. Firsov, Yu. D. Slabnov, I. G. Mustafin,
A. P. Tsi bulkin

S u m m a r y

The immune status of patients with infiltrative pulmonary tuberculosis and healthy donors is investigated, and the possible mechanisms of the disease development are studied. The revealed regularities of the changes of immunogram indices can have practical significance for phthisiologists and physicians in the general practice.

10 лет проведено 186039 бактериологических исследований на МБТ, большинство из которых составляли посевы мокроты (73,5%) и мочи (25,6%).

Анализ динамики бактериологических исследований показал, что их объем в 1989 г. по отношению к 1985 г. составлял 102,5%, в 1994 г. — 99,4%. Некоторое снижение количества посевов связано с уменьшением привлечения к обследованию контингентов больных из Альметьевского (до 75,9%), Сармановского (до 78,9%), Лениногорского (до 91,6%) и Азнакаевского (до 92,6%) районов. Подобная тенденция сказалась на количестве посевов на одного больного активным туберкулезом. Так, если по БПТД этот показатель в 1985 г. составлял 12 посевов, в 1989 г. — 14,9, в 1994 г. — 13,9, то по районам обслуживания — соответственно 9,0, 11,3 и 10,6.

Высеваемость МБТ также была различной и во многом зависела от качества патологического материала. Положительные результаты посевов колебались от 7,7% в 1985 г. до 7,6% и 8,5% в 1989 и 1994 гг. Наибольшая высеваемость МБТ отмечалась из мокроты (соответственно 11,9%, 12,5% и 13,4%). У больных туберкулезом I-й группы диспансерного учета этот показатель с 19,6% в 1985 г. повысился до 25,9% и 31% в 1989 и 1994 гг. Следует отметить рост высеваемости МБТ среди больных 2-й (соответственно 2,5%, 0,5% и 6,7%), 3-й (3%, 4% и 7%), 7-а (1,7%, 2,7% и 2,4%) групп наблюдения, что свидетельствует о нарастании числа бациллярных больных и ухудшении эпидемиологической обстановки в обслуживаемых районах. Что касается качества патологического материала от больных легочным туберкулезом, то для его обеспечения необходимо выполнение схемы бактериологического обследования, которая предусматривает не только кратность анализов и правильность доставки проб, но и применение ее у лиц с трудноотделяемой мокротой промывных вод бронхов, раздражающих ингаляций, вибромассажа над участком поражения легких. Вместе с тем эти условия не всегда выполнялись в полном объеме, поэтому процент высеваемости МБТ среди больных курируемых районов в 1,4—2,4 раза был ниже, чем среди больных БПТД. На качестве бактериологических исследований сказались также отсутствие второй дублирующей питательной среды. Применение люминесцентной

микроскопии хотя и позволило в 2 раза повысить информативность бактериоскопии, однако по сравнению с культуральным методом частота выявления МБТ была заметно ниже.

Отношение числа бактериовыделителей к числу больных с диагностированным распадом легочной ткани среди впервые взятых на диспансерный учет в 1994 г. равнялось в среднем 123,3%, по БПТД — 142,8%.

Высеваемость МБТ из мочи была значительно ниже, чем из мокроты, и составляла 0,06% в 1985 г., 0,41% в 1989 и 0,14% в 1994 г. Наблюдаемое снижение высеваемости является случайным. За 1992—1994 гг. этот показатель возрос в 1,7 раза ($t=2,2$; $P<0,05$) по сравнению с таковым в 1985—1987 гг. Тем не менее резервуар нераспознанной туберкулезной инфекции среди больных с поражением мочеполовой системы остается еще значительным. Существенно и другое: поиски МБТ в моче представляют определенные трудности. Поэтому следует согласиться с мнением некоторых авторов [1], предлагающих проводить бактериологические исследования мочи лишь у лиц с патологическими элементами в ней, отбирая ее с помощью диагностических бумажных полосок.

Важным резервом повышения качества активного выявления больных туберкулезом является целенаправленное бактериологическое обследование лиц с повышенным риском заболевания путем посева патологического материала (мокроты и мочи) на МБТ. В течение 10 лет профилактические бактериологические исследования мокроты и мочи проведены соответственно у 41885 и у 34127 человек. Это позволило выявить 339 бацилловыделителей, ранее неизвестных противотуберкулезным учреждениям. Средняя частота обнаружения легочного туберкулеза среди групп риска составила 7,4 (311 больных) на 1000 обследованных (5,5 в 1985 г., 2,6 в 1989 г., 3,9 в 1994 г.), что свидетельствует о высокой эффективности культурального метода по сравнению с флюорографическим обследованием, при котором туберкулез выявлялся с частотой не более 0,3—0,4 на 1000 обследованных.

Выявляемость туберкулеза мочеполовой системы составила 0,8 (28 больных) на 1000 обследованных (0,6 в 1985 г., 1,1 в 1989 г., 1,0 в 1994 г.).

Наибольшая высеваемость МБТ отмечена среди лиц с остаточными изменениями после перенесенного туберкулеза легких (0,5%), больных с неспецифическими заболеваниями органов дыхания (0,5%) и мочеполовой системы (0,4%).

Одной из проблем фтизиатрии, как известно, является проблема вторичной лекарственной устойчивости МБТ. Результаты наших исследований свидетельствуют, что количество лекарственно-устойчивых форм МБТ с 30,1% в 1985 г. увеличилось до 57,7 и 59,5% в 1989 и 1994 гг. Наиболее заметное повышение частоты лекарственно-устойчивых МБТ наблюдалось к рифампицину (соответственно 1,0%, 12,6% и 19,9%) и этамбутолу (0,8%, 3,6% и 3,9%). Одинаково высоким был процент устойчивости МБТ к препаратам ГИНК (30,7%) и стрептомицину (31,6%). Приведенные данные отражают изменения состава больных, а также качества и режимов лечения и в свою очередь являются ориентиром для планирования химиотерапии.

Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что на современном этапе борьбы с ту-

беркулезом бактериологическая диагностика не утратила своего значения и остается наиболее доступной и достаточно эффективной в своевременном выявлении заболеваний туберкулезом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черноградский И.П., Захаров В.Т. и др.// Пробл. туб. — 1990. — № 8. — С. 13—15.

Поступила 15.12.95.

TUBERCULOSIS BACTERIOLOGIC DIAGNOSIS IN CONDITIONS OF THE INTER-DISTRICT ANTITUBERCULOSIS CENTRE

O.V. Shakurova, S.A. Nurieva, A.Z. Tutik, S.E. Kukarkin, L.P. Erokhova

Summary

The state of tuberculosis bacteriologic diagnosis for 1985—1994 in conditions of the inter-district antituberculosis centre is studied. It is shown that the number of inoculations to one patient with active tuberculosis as well as micobacteria inoculation depend on the volume of bacteriologic investigations and the quality of pathologic material. The growth of bacillar patients number is stated showing the change for the worse of tuberculosis epidemiologic situation. The high efficacy of the cultural diagnosis method particularly of pulmonary tuberculosis among persons of heightened risk of the disease in comparison with fluorographic examination is noted.

УДК 616.24—002.54—07—08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛОБАРНОЙ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

Р.Ш. Валиев

*Кафедра фтизиатрии и пульмонологии (зав. — проф. Г.А. Смирнов)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

В последние годы участились случаи туберкулеза, протекающего по типу казеозной пневмонии. Поэтому проблема излечения больных прогрессирующим туберкулезом легких полностью не решена несмотря на успехи противотуберкулезной химиотерапии.

Будучи одной из наиболее тяжелых форм туберкулеза легких, казеозная пневмония в доантибактериальном периоде встречалась довольно часто, обычно быстро прогрессировала и заканчивалась смертью больного. В конце 70-х годов ее частота среди деструктивных форм туберкулеза легких составляла 8—9% [2, 3].

В литературе последних лет имеются лишь единичные публикации, посвященные лобарной казеозной пневмонии. Мы

попытались охарактеризовать особенности ее течения в современных условиях.

Под нашим наблюдением находились 108 больных лобарной казеозной пневмонией. Мы сопоставили выявленные у них особенности клиники, диагностики и лечения заболевания с данными обследования больных лобарной и лобулярной казеозной пневмонией, леченных в нашей клинике в 1965—1986 гг. [1]. Результаты такого сравнительного анализа показали дальнейший рост заболеваемости тяжелыми, часто малокурабельными формами туберкулеза легких.

Частота заболеваемости лобарной казеозной пневмонией составила среди мужчин 89,1%, женщин — 10,9%. Отмечено более частое поражение лиц в возрасте старше 50 лет. В возрасте 30—