

Р. В. Шебуева (Куйбышев-обл.). **Об определении активности туберкулезного процесса**

Одним из самых актуальных в современной фтизиатрии является вопрос об установлении активности туберкулезного процесса. В литературе часто приводятся различные методы исследования, позволяющие в комплексе с клиническими и рентгенологическими данными в той или иной степени решить эту проблему.

С целью выяснения диагностической ценности метода определения негемоглобинового железа при туберкулезе легких мы исследовали сыворотку крови 167 больных туберкулезом легких (46 женщин и 121 мужчина) до начала антибактериальной терапии и в последующем, как правило, ежемесячно в течение всего периода стационарного лечения. Кровь у больных брали натощак, из вены. Всего было сделано 550 анализов. Негемоглобиновое железо сыворотки крови определяли ортофенолиновым методом. В контрольной группе исследовано 180 здоровых людей. У здоровых лиц уровень негемоглобинового железа колеблется: у мужчин от 74 до 119 мкг%, у женщин — от 55 до 101 мкг%. Параллельно с определением негемоглобинового железа были изучены общепризнанные лабораторные критерии активности туберкулезного процесса: РОЭ, количество лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов. У одного больного, поступившего после повторного обильного кровотечения, была констатирована анемия. У остальных больных анемии не выявлено, следовательно, колебания уровня негемоглобинового железа зависели от других факторов.

Большинство больных (119) было в возрасте от 21 до 50 лет. Очаговый туберкулез был у 39 больных (с распадом — у 7), инфильтративно-пневмонический — у 36 (с распадом — у 26), гематогенно-диссеминированный — у 69 (с распадом — у 40), кавернозный и фиброзно-кавернозный — у 19 и туберкулома — у 4 (с распадом — у 1). На основании клинических, рентгенологических и лабораторных данных у 155 больных процесс расценивался как активный и у 12 — как неактивный.

При активном туберкулезном процессе мы нашли снижение негемоглобинового железа до 17—50 мкг% у женщин и до 69 мкг% у мужчин.

Активный туберкулезный процесс определенным образом отражается на величине негемоглобинового железа. Очаговый туберкулез, при котором гематологические показатели, как правило, нормальны, дает снижение негемоглобинового железа (оно было выявлено нами у 23 из 32 чел.). Особенно показательно снижение негемоглобинового железа при гематогенно-диссеминированном и фиброзно-кавернозном туберкулезе.

Из 12 больных с неактивным туберкулезом снижение негемоглобинового железа отмечено только у 2.

Следовательно, негемоглобиновое железо сыворотки крови может быть использовано как один из вспомогательных тестов при решении вопроса об активности туберкулезного процесса. Это более чувствительный показатель, чем РОЭ, количество лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов и моноцитов.

УДК 616.233—006.86

И. Г. Даниляк, Н. И. Ромашова, Р. С. Саркисян (Москва). **Карциноид бронха, протекавший под маской бронхиальной астмы**

Одной из причин бронхоспастических приступов может быть гормональноактивный карциноид бронха. Бронхоспазм, иногда являясь единственным клиническим проявлением карциноидной опухоли, симулирует картину бронхиальной астмы. Приводим наше наблюдение.

Б., 44 лет, поступила 17/VI 1969 г. с жалобами на приступы удушья, кашель с мокротой желтоватого цвета (до 30 мл в сутки), одышку при ходьбе.

С 1961 г. у больной часто бывают бронхиты, с 1965 г. начались приступы бронхиальной астмы. Были диагностированы хронический бронхит, бронхиальная астма и назначены бронхоспазмолитики, которые давали, однако, незначительный эффект. В течение последних 6 месяцев приступы бронхиальной астмы участились.

Большая правильная телосложения, упитанность понижена. Отмечается одышка, ортопноэ. В легких справа, книзу от угла лопатки, — некоторое укорочение перкуторного звука. Дыхание жесткое, много сухих свистящих хрипов, больше справа. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/80. Пульс 80, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Печень не пальпируется.

Л.— 8300, э.— 2,5%, РОЭ 30 мм/час.

Мокрота слизисто-гнояная, при микроскопии найдены эозинофилы (5 в препарате). На рентгенограммах и томограммах грудной клетки в прикорневых зонах и базальных отделах определяется деформированный тяжистый легочный рисунок. Средняя доля правого легкого уплотнена и уменьшена в размере. Рентгенологом был заподозрен бронхогенный рак, осложненный ателектазом.

При бронхоскопии в просвете верхнедолевого бронха обнаружена опухоль плотной консистенции с гладкой поверхностью сероватого цвета, почти полностью обтурирующая просвет главного и промежуточного бронхов.