

**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 ортофосфоринным 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 правильное 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.

14/VII 1969 г. больную перевели в хирургическое отделение, где ей была произведена верхняя билобэктомия справа с окончательной резекцией главного бронха.

При гистологическом исследовании ткани опухоли диагностирована бронхиальная аденома карциноидного типа. Ткань опухоли состоит из тесно прилежащих друг к другу гнездовых и тяжевидных скоплений однотипных клеток со светлой протоплазмой и четко контурируемыми округлыми и овальными ядрами. Опухолевая ткань частично прорастает стенку крупного бронха, достигая хрящевой пластинки и подслизистого слоя. В окружающей легочной ткани — умеренный интерстициальный и периваскулярный склероз. Мелкие бронхи расширены, заполнены слизью.

После операции приступы бронхиальной астмы у больной прекратились. Через 17 месяцев после выписки из стационара состояние удовлетворительное, бронхоастматических приступов нет.

УДК 616.33—002.44

### Т. З. Гуревич (Москва). Об острых аспириновых язвах желудочно-кишечного тракта и желудочных кровотечениях

Мы наблюдали больного, у которого применение аспирина послужило причиной желудочного кровотечения, и 2 больных, у которых оно привело к образованию язв.

1. X., 60 лет, находилась под наблюдением поликлиники с диагнозом: гипертоническая болезнь IIБ, атеросклероз аорты и венечных сосудов, атеросклеротический кардиосклероз, хроническая коронарная недостаточность, недостаточность кровотока I—II. В анамнезе указаний на заболевания желудочно-кишечного тракта нет. В 1962 г. перенесла инфаркт переднебоковой стенки левого желудочка. С 9/III по 17/IV 1970 г. лечилась в г. Одессе по поводу тромбоза нижнетемпоральной ветви центральной вены сетчатки правого глаза. Получала инъекции гепарина. После этого длительно принимала пелентан по 1/4 таблетки в день. Протромбиновый индекс колебался в пределах 88—71. В конце июля больная прекратила прием пелентана и стала принимать аспирин по 1,0 в день. 20/VIII 1970 г. у больной появился дегтеобразный стул; 21/VIII дважды была рвота кровью и жидкий черный стул. X. была помещена в больницу, где находилась с 21/VIII по 8/IX 1970 г. В первые сутки госпитализации была однократная рвота «кофейной гущей». Гемоглобин при поступлении 36%. При рентгеноскопии в желудке обнаружено много слизи, складки слизистой утолщены, контуры ровные, эвакуация не задержана. При повторной рентгеноскопии (18/IX 1970 г.) в желудке ничего патологического не обнаружено. Гем.—60%, Э.—3 000 000, Л.—4050; РОЭ 21 мм/час.

Следует считать, что у данной больной даже небольшие дозы аспирина вызвали медикаментозный гастрит и желудочное кровотечение. По-видимому, застойные явления в пищеварительном тракте могли способствовать образованию острых эрозий в желудке под влиянием аспирина.

2. С., 58 лет, страдает ревматизмом с 15 лет. В январе 1968 г. принимала периодически аспирин по 3,0 в день. В начале апреля стала отмечать боли в подложечной области после еды; иногда боли возникали по ночам, натощак и быстро проходили после приема пищи. Участились запоры.

Рентгеноскопия желудка 19/IV 1968 г.: складки слизистой утолщены в антруме, на остальном протяжении обычные. На антральном контуре луковицы двенадцатиперстной кишки стойкое функциональное выпячивание, на передней стенке — неглубокая коническая ниша. Диагноз: язва двенадцатиперстной кишки. После отмены аспирина и противовоспалительного лечения боли в подложечной области стихали. При рентгеноскопии 21/VI 1969 г. диагностирована язва двенадцатиперстной кишки вне фазы раздражения и нарушения функции. При последующей рентгеноскопии луковица спокойно выполняется без деформации. При пальпации безболезненна, эвакуация не задержана.

3. Ч., 45 лет, 15 лет назад стал отмечать боли в животе натощак и через 2—3 часа после приема пищи, изжоги. Клинически и рентгенологически была диагностирована язва двенадцатиперстной кишки. После соответствующего лечения боли в животе, изжоги прошли. При повторной рентгеноскопии ниша не обнаружена. В начале марта 1970 г. Ч. заболел гриппом, острым радикулоневритом. Получал аспирин по 1,0 3 раза в день. Через 2 недели после приема аспирина у больного появились боли в животе после еды и натощак, изжога. Рентгеноскопия желудка 30/III 1970 г.: луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, на задней ее стенке — ниша, окруженная валиком.

Аспирин отменен. Состояние улучшилось. При повторной рентгеноскопии желудка на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки найдено рубцовое втяжение. У данного больного с язвой двенадцатиперстной кишки в анамнезе аспирин вызвал обострение язвенной болезни.

Приведенные случаи свидетельствуют о необходимости тщательного наблюдения за больными, получающими аспирин, и учета даже малых симптомов, указывающих на возникновение осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта.