

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПУЛЬМОНОЛОГИИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

---

На правах рукописи

**ИЛЬЧЕНКО  
Валентина Ивановна**

**УДК 616.233—002+616.24—002.5—08**

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ  
ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У БОЛЬНЫХ  
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Специальности: 14.00.43 — пульмонология,  
14.00.26 — фтизиатрия**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

**диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГ—1993**

Работа выполнена на кафедре пропедевтики внутренних болезней Пьолтавского медицинского стоматологического института (зав. — доктор мед. наук, проф. И. В. Редчиц).

Научные руководители: доктор мед. наук, профессор И. В. Редчиц;  
доктор мед. наук А. Г. Ярешко.

Официальные оппоненты: доктор мед. наук, профессор А. Н. Кокосов;  
доктор мед. наук, профессор З. И. Костина.

Ведущая организация: Санкт-Петербургский педиатрический медицинский институт.

Защита состоится « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 1993 г.  
в \_\_\_\_\_ час. на заседании специализированного совета  
(Д 074.15.01) при Государственном научном центре пульмонологии МЗ  
РФ (197089, Санкт-Петербург, ул. Рентгена, 12).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Государственного научного центра пульмонологии.

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 1993 г.

Ученый секретарь  
специализированного совета  
доктор медицинских наук, профессор

Н. А. БОГДАНОВ.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМ

Хронический бронхит /ХБ/ относится к числу широко распространенных заболеваний, причем частота его неуклонно увеличивается /А.Н.Кокосов, 1990; Н.В.Путлов, 1991; А.Г.Пучалин, 1991/, особенно в урбанизированных районах /A. Nosedo, J. H. Verbeek, A. J. Verhas et al., 1989; S. J. Williams, 1990/.

Доля ХБ в структуре так называемых хронических неспецифических заболеваний легких /ХНЗЛ/ составляет не менее 70-80%, а по данным ИСУ за последние годы умершие от ХБ составляли 81,1% всех умерших от ХНЗЛ. Обострения ХБ являются причиной 2/3 /65%/ всех дней нетрудоспособности /М.В.Лешкович, 1990/.

Значительное место занимает ХБ среди больных туберкулезом /А.Г.Хоменко, 1981; Н.С.Лилипчук, 1987/. По данным М.В.Шестеринной, Р.Л.Селицкой /1989/ у 95% лиц, клинически излеченных от туберкулеза, выявляются поражения бронхов. При туберкулезном процессе ими отмечен рост частоты неспецифического бронхита с 16,4 до 45,9%, при этом в 5 раз чаще обнаруживался гнойный эндобронхит.

Остаточные изменения после перенесенного туберкулеза легких, по данным А.Я.Дзюблик, В.А.Зелинского, Л.В.Курной и Н.Д.Лилипчук /1988/, являются благоприятным полем для развития ХБ. В тоже время больные с частыми обострениями ХБ составляют группу риска рецидива туберкулеза и поэтому нуждаются в проведении им лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий /В.И.Лобинел, 1990/.

Особенно часто ХБ встречается при рецидивах туберкулеза, что обусловлено, по-видимому, угнетением иммунологической реактивности.

УБ способствует более длительному течению туберкулезного процесса. Активность инфекции может способствовать реактивации туберкулеза /О.С.Сниткина, 1999/.

Присоединение УБ к туберкулезу способствует ускорению бронхо-легочного процесса /В.Н.Молотков с соавт., 1994/. Сочетанные процессы означают взаимное отрицательное влияние, что объясняется, главным образом, угнетением иммунной системы; к уже имеющимся изменениям, обусловленным одним процессом, добавляются новые, обусловленные другим /А.А.Приimak, И.В.Гео-терина, 1991/.

Лечение больных сочетанными заболеваниями /УБ и туберкулез легких/ представляет немалые трудности, что обусловлено назначением большого количества медикаментов и затрудняет их переносимость.

УБ, особенно в фазе обострения, резко острит течение туберкулеза легких, удлиняет период его активности, замедляя заживление деструкции и наступление абактерицирования, способствуя развитию хронического легочного сердца.

Все это определяет необходимость особого подхода к изучению сочетанной /УБ и туберкулез/ патологии.

Это послужило причиной для проведения комплексных исследований особенностей течения УБ у больных туберкулезом и на основании их разработать его лечение в условиях стационара и поликлиники.

#### ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать комплексную патогенетическую терапию УБ у больных туберкулезом легких на основе изучения особенностей кле-

ники, антиоксидантно<sup>ю</sup> обеспеченности организма /АОО / аскорба-  
том, токоферолом, состояния перекисного окисления липидов /ПОЛ /,  
иммунологической и кардио-респираторно<sup>ю</sup> систем.

Исходя из этой цели, перед нами были поставлены следующие  
задачи:

- изучить особенности клинического течения ХБ у больных  
туберкулезом и с метатуберкулезными изменениями;
- исследовать обеспеченность аскорбатом, токоферолом, со-  
стояние ПОЛ при указанной сочетанной патологии;
- провести сравнительную оценку состояния иммунологической  
реактивности у больных ХБ, а также в сочетании с туберкулезом  
и метатуберкулезными изменениями;
- разработать и обосновать комплексную терапию больных ХБ  
при туберкулезе с учетом АОО и состояния ПОЛ, иммунологичес-  
кого статуса;
- изучить клиническую эффективность комплексной терапии ХБ  
в его сочетании с туберкулезом легких.

#### ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Клиническая картина ХБ у больных туберкулезом легких  
характеризуется большей выраженностью проявлений интоксика-  
ционного и бронхо-легочно-плеврального синдрома.
2. Тяжесть клинического течения ХБ и туберкулеза легких  
обусловлена более выраженной активацией ПОЛ, снижением АОО,  
нарушением иммунологической реактивности и дренажной функ-  
ции легких.
3. Повышение эффективности лечения ХБ в сочетании с тубер-  
кулезом легких достигается комплексно<sup>ю</sup> патогенетической те-  
рапией с применением специфических и неспецифических препара-

тов в сочетании с патогенетическими средствами.

### НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Впервые на большом материале с помощью комплекса современных методов исследования дана сравнительная клиническая характеристика ХБ при активных формах туберкулеза и метатуберкулезных изменениях. Изучены антиоксидантная обеспеченность аскорбатом, токоферолом, состояние ПОЛ у этих больных, иммунологический статус, что позволило разработать варианты комплексного лечения сочетанной патологии.

### ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Полученные данные позволили установить особенности диагностики и клинического течения ХБ при активном туберкулезе легких и метатуберкулезных изменениях в легких. Учет этих данных позволил улучшить качество диагностики и повысить эффективность лечения этих больных, что способствовало уменьшению числа рецидивов, заболеваний, снижению пребывания больных в стационаре.

### ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Комплексная терапия больных ХБ и туберкулезом легких внедрены в практику Опшмянского тубстационара, Полтавского и Кременчугского диспансеров, 4-й городской больницы. Материалы диссертации используются при чтении лекций студентам медицинского института, врачам-пульмонологам. Материалы диссертации доложены на Республиканской конференции "Новые методы диагностики и реабилитации больных НЗЛ" Киев, 1991, на Всесоюзном пленуме терапевтов /Новосибирск, 1991/, на 3 национальном конгрессе по болезням органов дыхания, Санкт-Петербург, 1992, на XII съезде терапевтов Украины /Львов, 1992/, на практических конферен-

ших молодых ученых Полтавского медицинского стоматологического института /1990-1993/. Диссертационная работа выполнена в плане комплексной научной темы, выполняемой в течение ряда лет коллективами кафедр внутренних болезней, фармакологии, нормальной и патологической физиологии, физиологии с кормом детоксикации, нервных болезней.

### ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 2 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 159 отечественных и 82 зарубежных источников. Диссертация содержит 136 страниц машинописного текста, иллюстрирована 25 таблицами, 7 рисунками, 3 выписками из историй болезни. По теме диссертации опубликовано 8 печатных работ в материалах съездов, Всесоюзных и республиканских конференций, сборниках трудов ВНИИ г. Санкт-Петербург. Получены 2 удостоверения на рационализаторские предложения.

Работа утверждена РПК и выполнена согласно плану /Февраль 1990 - декабрь 1993/.

Шифр темы НИ. П.000021.86, № государственной 01.86.0042321.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для изучения особенностей течения УБ у больных туберкулезом легких нами проведено клиническое наблюдение над 187 больными /мужчин 123; женщины 64 / в возрасте 49,6 лет. Все больные были разделены на 4 клинические группы: I - 90 /48,1% больных, у которых активный туберкулез сочетался с УБ, II - 30 /16,0% / больных, у которых УБ протекал на фоне мета-

туберкулезных изменений, III - 32 /17,1%/ больных с активным туберкулезом без ХБ, IV - 35 /18,8%/ больных ХБ без туберкулеза легких. ХБ диагностирован при неструктуривных формах туберкулеза у  $62,0 \pm 3,2\%$  больных, при неструктуривных - у  $98,5 \pm 2,1\%$  причем при диссеминированном туберкулезе легких у  $50,2 \pm 3,4\%$ , при очаговом - у  $15,2 \pm 0,8\%$  при инфильтративном - у  $39,3 \pm 1,1\%$ , при фиброзно-кавернозном - у  $35,3 \pm 2,3\%$  больных.

Углубленное обследование больных включало изучение жалоб, анамнеза, клинических проявлений заболевания, проведения ряда общепринятых и специально-предпринятых / изучение аскорбата, токоферола, аспилгидропероксида,  $\beta$ - и пре  $\beta$ -липопротеидов, каталазы, СОД, МДА, Т - и Б-липоцитов, *Уг А. Уг М. Уг У 1.* показателей функции внешнего дыхания, ЭКГ - данных.

Полученные цифровые данные клинико-параклинических исследований обработаны с применением общепринятых методов вариационной статистики. Для оценки достоверности различий средних величин в группах обследованных больных вычисляли критерий  $t$  Стьюдента-Фишера. Различия между сравниваемыми величинами считались достоверными при значении  $p < 0,05$ .

#### СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

##### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

При поступлении в клинику все больные предъявляли ряд жалоб как со стороны органов дыхания, так и со стороны других органов и систем. Основные жалобы со стороны органов дыхания сгруппированы в виде интоксикационного синдрома /таблица 1/ и бронхо-легочно-плеврального / таблица 2/.

Основные признаки интоксикационного синдрома - это повышение температуры, общая слабость, снижение аппетита, потливость и потеря массы тела.

Таблица I

Выраженность интоксикационного синдрома в обследуемых группах больных.

Обследуемые:	Число :	Выраженность синдрома в °			
		Резко выражен <sup>1</sup>	Умеренно выражен <sup>2</sup>	Слабо выражен <sup>3</sup>	Отсутствует
I	: 90	: 82 /91,1%/	: 7 /7,8%/	: 1 /1,1%/	: -
II	: 30	: 5 /16,7%/	: 20 /66,7%/	: 3 /10,0%/	: 2 /7,0%/
III	: 32	: 25 /78,1%/	: 7 /21,9%/	: -	: -
IV	: 35	: -	: 10 /28,6%/	: 20 /57,1%/	: 5 /14,3%/
Всего	: 187	: 112 /59,9%/	: 44 /23,5%/	: 23 /12,3%/	: 8 /4,3%/

Как следует из таблицы I, резко выраженный интоксикационный синдром наблюдается чаще у больных XБ на фоне активного туберкулеза легких /91,1%/ и у больных активным туберкулезом легких /78,1%. Из наиболее частых признаков интоксикационного синдрома наблюдали общую слабость, снижение аппетита, а потливость, потерю массы тела наблюдали у 23% больных туберкулезом легких. У больных XБ интоксикационный синдром, в основном, слабо выражен /57,1%, причем ведущими симптомами его были общая слабость и потливость. На фоне метатуберкулезных изменений у больных XБ, в основном, наблюдалось снижение аппетита, потеря массы тела. Нами не установлена зависимость интоксикационного синдрома от возраста, пола.

Бронхо-легочно-плевральный синдром объединяет отдельные признаки, характеризующие функциональные расстройства дыхательной системы. К ним относятся боли в груди, кашель, одышка, кровохарканье, выделение мокроты.

Из таблицы 2 следует, что резко-выраженный бронхо-легочно-

плевральный выпотом наблюдался чаще в I и III группах больных.

Таблица 2

Выраженность бронхо-легочно-плеврального синдрома в обследуемых группах больных.

Обследуемые:	исло:	Выраженность синдрома в			
		группы : 6-х :	Резко	: умеренно	: Слабо
	:	: выражены <sup>а</sup>	: умеренны <sup>а</sup>	: вогречены <sup>а</sup>	: ат
I	: 90	: 5 /24,4%/	: 4 /4,4%/	: 7 /7,7%/	: -
II	: 30	: 3 /10,0%/	: 9 /30,0%/	: 15 /50,0%/	: 2 /6,7%/
III	: 32	: 26 /81,2%/	: 6 /18,8%/	: -	: -
IV	: 35	: -	: 30 /85,7%/	: 5 /14,3%/	: -
Всего	: 187	: 114 /60,9%/	: 49 /26,2%/	: 22 /11,8%/	: 2 /1,1%/

У больных ХБ на фоне активного туберкулеза легких по сравнению с только активным туберкулезом легких /III/ и ХБ /IV/ реже наблюдается сухой кашель, соответственно у 5 /5,6%/, 7 /21,3%/ и 27 /77,1%/ больных. Особо отмечено, что в I группе кашель носил латентный, приступообразный характер /33,3%/. У больных в III группе кашель был более часто влажным, а латентный, приступообразный наблюдался у 7 /21,3%/ больных.

Частота выделения мокроты, равно как и ее количество, у большинства больных наблюдались в прямой зависимости от интенсивности кашля. Наиболее часто отсутствовала мокрота у больных ХБ с метатуберкулезными изменениями - у 22 /73,3%/, возможно за счет наличия бронхоспазма. Кровохарканье имело место у 15 /46,9%/ больных активным туберкулезом легких и лишь у 2 /5,7%/ ХБ. Кровохарканье чаще наблюдалось при пиротическом и субфебрильно-наверночном туберкулезе легких. У больных ХБ и больных ХБ на фоне активного туберкулеза легких наблюдались боля в груди-

ной клетке почти в одинаковом количестве. Однако нами замечена разнота локализации боли в грудной клетке. Так, у 64 /71,1%/ больных ХБ на фоне туберкулеза легких, боли, в основном, локализовались сзади в грудной клетке, тогда как у 25 /71,4%/ больных УБ - спереди, причем у больных I группы они носили обычно типичный характер, тогда как у больных II группы - скребущая боль за грудinou.

У 81 /90,0%/ больного УБ на фоне туберкулеза легких наблюдалась одышка, причем у 54 /50,0%/ больных при незначительной физической нагрузке, а у 27 /30,0%/ больных при значительном напряжении, одышка не носила приступообразного характера, тогда как у 19 /54,3%/ больных она была приступообразной.

На основании проведенных исследований мы пришли к выводу, что клиническая картина заболевания зависит от симптомов активности туберкулезного процесса, остаточных туберкулезных изменений и сопутствующего ХБ.

При объективном исследовании умеренный пеганоз кожных покровов и слизистых оболочек отмечался у 7,8% больных ХБ на фоне активного туберкулеза легких, у 6,7% больных ХБ на фоне метатуберкулезных изменений, у 6,3% больных активным туберкулезом без ХБ и у 25,7% больных УБ. Длительность течения хронического процесса приводила чаще к разнотипу пальцев в виде "барабанных палочек" и ногтей по типу "часовых стекол", амфиэпителиозной формы точечной клетчатки, что наблюдали мы у больных II и IV групп. Число дыханий в изучаемых группах больных туберкулезом было 16-18 и лишь у больных УБ - 10 в минуту. В I, II и IV группах нами чаще выявлялся легочный звук с коробочным оттенком, а у больных IV группы - жесткое влажное

лярное дыхание - у 85,7%. Честное дыхание и хрипы были не постоянными: при обострении появлялись, а затем постепенно уменьшались, но не исчезали. У больных ХБ на фоне активного туберкулеза, а также у больных ХБ на фоне метатуберкулезных изменений более часто наблюдалось ослабленное везикулярное дыхание, как результат легочной инфильтрации /у 57,9% и у 42,7%/, а у 14,4% больных ХБ - в результате эмфиземы легких. Сухие свистящие хрипы, особенно при форсированном дыхании носили диффузный характер, у больных ХБ на фоне туберкулеза чаще выслушивались влажные хрипы /у 50,0%/. Набухание шейных вен, эпигастральная пульсация преимущественно выявлялась у больных ХБ и ХБ на фоне метатуберкулезных изменений как результат правожелудочковой недостаточности.

При лабораторном исследовании периферическая кровь изменялась, в основном, у больных I и III группы, по данным некоторого снижения числа эритроцитов, лейкоцитов, и увеличения СОЭ. Это расценивалось нами как симптомы воспаления: у больных ХБ они, в основном, отсутствовали. В IV группе больных чаще наблюдалась эозинофилия в результате алергизации организма. В группе больных ХБ содержание альбуминов составило  $61,0 \pm 0,5\%$ , глобулинов  $39,0 \pm 0,5$  причем  $\gamma$ -глобулинов  $16,0 \pm 0,4\%$ . В группе больных ХБ на фоне активного туберкулеза легких уровень глобулинов возрос до  $49,0 \pm 0,5\%$  / $p < 0,001$ /, преимущественно за счет  $\gamma$ -глобулинов / $26,0 \pm 0,6\%$ /; у доноров  $18,0 \pm 0,5\%$ . Идентичные показатели наблюдаются и у больных активным туберкулезом легких, что подтверждается результатами исследования сталовых кислот и СРБ.

Исследование функций внешнего дыхания /ФВД/ показало, что у больных ХБ и туберкулезом легких, особенно у больных ХБ,

наблюдается выраженная гипервентиляция, уменьшаются показатели ВЕЛ, МВЛ, ПТХМ вдоха и выдоха.

Все больные предъявляли целый ряд жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы: боли в области сердца, сердцебиение, перебои и со стороны других органов и систем.

Исследованиями отечественных и зарубежных авторов отмечалось снижение АОО у больных ХБ / С.С. Фихарев с соавт., 1987; И.В. Редчин с соавт., 1993; J. S. Neffner, J. S. Kerline, 1990/ и у больных туберкулезом легких / Н.И. Андреев с соавт., 1989; S.H. Kaufmann, 1990/.

Результаты проведенного исследования представлены в таблице 3.

Таблица 3

Антиоксидантная обеспеченность аскорбатом, токоферолом, состоянии ПОЛ у здоровых и обследуемых групп больных.

Показатели	: Здоровые:	I группа:	II группа:	III группа:	IV группа
	: n=30	: n=90	: n=30	: n=32	: n=25
Лингвальный тест	:	:	:	:	:
сек.	: 8,2±0,3	: 26,2±0,9*	: 11,9±0,8*	: 20,3±1,2*	: 12,2±0,3*
Перекисный гемо-	:	:	:	:	:
лиз эритроцитов %	: 11,9±0,2	: 19,4±0,8*	: 12,3±0,6	: 18,8±0,8*	: 13,1±0,7
Амил гидроперекиси:	:	:	:	:	:
ед. экст. мл.	: 5,4±0,4	: 10,2±0,4*	: 6,4±0,6	: 8,9±0,4*	: 5,8±0,2
В- и пре В-липо-	:	:	:	:	:
протеины г/л	: 4,2±0,2	: 7,3±0,3*	: 5,0±0,4	: 7,2±0,4*	: 5,6±0,3*
МДА мкмоль/мл	: 8,7±0,5	: 13,1±0,3*	: 8,9±0,4	: 10,2±0,3*	: 9,2±0,5
Каталаза	:	:	:	:	:
ед. млн. эритро.	: 4,0±0,1	: 2,2±0,2*	: 3,9±0,3	: 2,5±0,4*	: 3,5±0,4
СОД А/мл	: 1,09±0,1	: 0,7±0,2	: 1,0±0,1	: 0,8±0,2	: 1,0±0,2

Как следует из таблиц 3 насыщенность аскорбиновой кислотой в 3 раза меньше у больных ХБ на фоне активного туберкулеза легких ( $p < 0,001$ ). Достоверно снизился этот показатель и у больных активным туберкулезом ( $p < 0,01$ ). У больных ХБ и у больных ХБ на фоне метатуберкулезных изменений насыщенность оптимума аскорбиновой кислотой примерно была одинаковой.

Перекисный гемолиз эритроцитов косвенно отражает насыщенность организма токоферолом. Наши исследования показали, что содержание токоферола также особенно снижено у больных ХБ на фоне активного туберкулеза, о чем свидетельствует повышение гемолиза эритроцитов на 7,5% по сравнению со здоровыми людьми. Повышен гемолиз эритроцитов на 6,9% и у больных активным туберкулезом без бронхита. В группе больных ХБ повышение перекисного гемолиза эритроцитов составило 1,2% ( $p < 0,05$ ), а на фоне метатуберкулезных изменений лишь 0,4% ( $p > 0,05$ ).

Снижение АОО токоферолом ведет к интенсификации перекисного окисления липидов, что мы видим по нарастанию асимметрических,  $\beta$ - и пре  $\beta$ -липопротеидов.

О состоянии свободнорадикального окисления липидов в мембране эритроцитов судили по накоплению меланового диальдегида в процессе трехчасовой инкубации (Г.А.Владимиров, А.И.Аряков, 1972/).

Полученные данные свидетельствуют о том, что интенсивность ПОЛ определяется прежде всего состоянием бронхов. Более низкие показатели ПОЛ отмечались у больных различными формами туберкулеза без патологии в бронхах (III группа). Подтверждением этому явилось изучение системы глутатионзависимых ферментов, о чем свидетельствует снижение СОД и каталазы. Развитие ХБ у больных туберкулезом в большей мере, чем у больных

туберкулезом ведет к дисбалансу в системе ПОГ - АО, который приводит к значительному накоплению токсических продуктов.

Наиболее высокая интенсивность ПОГ наблюдается в бронхоальвеолярной жидкости больных туберкулезом, осложненным гнойным эндофронхитом /  $47,2 \pm 10,4$  мюль/г /. Показатели ПОГ у этих больных достоверно отличаются от уровня ПОГ у лиц с катаральным эндофронхитом /  $p < 0,05$  / и без патологии бронхов.

Состояние АОО в исследуемых группах зависело от сезона года.

У больных ХБ, туберкулезом снижается иммунологическая реактивность /В.И.Молотков, 1984; В.Г.Тернущенко с соавт., 1992/.

При сочетанной патологии результаты иммунологических исследований представлены в таблице 4.

Таблица 4

Состояние клеточного и гуморального иммунитета в обследуемых группах больных.

Показатели	Обследуемые группы				
	Контроль - : нвая : группа : n=30	I : n=53	II : n=30	III : n=30	IV : n=35
T-лимфоциты :	:	:	:	:	:
E-РОК Г/л	$: 1,25 \pm 0,3$	$: 0,65 \pm 0,04^*$	$: 1,15 \pm 0,5$	$: 0,70 \pm 0,04^*$	$: 1,2 \pm 0,8$
B-лимфоциты :	:	:	:	:	:
ЕАС-РОК Г/л	$: 0,20 \pm 0,2$	$: 0,35 \pm 0,3$	$: 0,25 \pm 0,5$	$: 0,30 \pm 0,2$	$: 0,15 \pm 0,2$
$\gamma$ А Г/л	$: 2,4 \pm 0,3$	$: 1,8 \pm 0,1$	$: 2,2 \pm 0,4$	$: 2,0 \pm 0,5$	$: 2,2 \pm 0,3$
$\gamma$ Г Г/л	$: 10,0 \pm 0,2$	$: 12,6 \pm 0,4^*$	$: 11,2 \pm 0,4^*$	$: 12,0 \pm 0,5^*$	$: 10,9 \pm 0,6$
$\gamma$ М Г/л	$: 1,3 \pm 0,3$	$: 1,1 \pm 0,2$	$: 1,15 \pm 0,3$	$: 1,2 \pm 0,3$	$: 1,6 \pm 0,4$

\* различия статистически достоверны

Из таблицы 4 следует, что исследование гуморального иммунитета показало, что в обследуемых группах больных его нарушения имеют место, но значительно меньше и проявляется тенденцией к увеличению числа циркулирующих В-лимфоцитов и достоверным повышением свороточного иммуноглобулина  $\gamma$ . Изменений гуморального иммунитета мы не наблюдали у больных ХБ и больных ХБ на фоне метатуберкулезных изменений.

Содержание  $\gamma$ А и  $\gamma$ М у всех обследуемых больных почти не изменилось. Особо повышение иммуноглобулина  $\gamma$  мы наблюдали у 23 больных ХБ на фоне активного туберкулеза с выраженным бронхоспазмом, что, по-видимому, имеет связь с удушьем.

На основании проведенных клинических, клинико-лабораторных, инструментальных методов исследования следует прийти к выводу, что диагностика ХБ у больных туберкулезом сложна и требует комплексного клинико-инструментального подхода. Проведенные исследования позволили нам вывести некоторые особенности течения ХБ при туберкулезе.

Основные из них это:

- наличие интоксикационного и бронхо-легочно-плеврального синдрома;
- клиническая, рентгенологическая картина сочетанной патологии зависит от формы и течения туберкулеза, выраженности бронхита;
- при сочетанной патологии в большей мере, чем у больных туберкулезом наблюдаются нарушения системы АОО - ПОЛ, иммунологического статуса, вентиляционных показателей легких, изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости

комплексной терапии больных ХБ на фоне туберкулеза с включением антибактериальной терапии, бронхолитиков, антиоксидантов прямого и непрямого действия в зависимости от времени года, проводить иммуномодулирующую терапию, учитывать сопутствующую патологию.

Основой лечения больных была химиотерапия, назначались 2-3 препарата антибактериального действия с одновременным назначением до 2-3 недель препаратов широкого спектра действия / тетрациклин, олететрин, ампициллин / одновременно с сульфаниламидными препаратами пролонгированного действия. Все больные ХБ на фоне туберкулеза легких получали отхаркивающие средства.

Всем больным с учетом сезона года назначались антиоксидантные препараты, причем в комплексном составе, восполняющих основные звенья в антиоксидантной системе / В.Н. Голубев, О.Н. Воскресенский, 1989; И.В. Радчик с соавт., 1992; *У.А. Richards et al.*, 1990/.

Больным ХБ, туберкулезом легких назначали преднизолон 20-30 мг через день в течении 2-3 месяцев и более с учетом физиологического ритма суточной активности надпочечников.

Всем больным по показаниям назначались ЛФК, физиотерапевтические методы, диетотерапия, то есть лечение проводилось индивидуально и комплексно.

В результате длительной комплексной терапии нами отмечена положительная динамика со стороны объективного исследования легких, характеризующаяся уменьшением числа больных с ослабленным, жестким дыханием, наличием хрипов, что свидетельствует

ет о раннем начале проводимой терапии, положительном подборе медикаментозных средств.

У всех больных ХБ на фоне активного туберкулеза легких наблюдалась нормализация показателей гемоглобина, лейкоцитов, СОЭ, то есть были сняты симптомы активации воспалительного процесса, интоксикации. Одновременно наблюдались увеличение объема легка, глобулинов.

В результате длительной химиотерапии /6 бактериоскопических исследований /в всех больных I и II групп мы не выявили микобактерий туберкулеза. Отмечено, что негативация мокроты наступала быстрее у больных туберкулезом легких без ХБ.

Назначение 20мг преднизолона в интермиттирующем режиме более 2 месяцев привело к повышению количества пролиферировавших Т-лимфоцитов с  $0,65 \pm 0,03$  до  $1,12 \pm 0,3$  г/л. *УгУ* снизился с  $12,5 \pm 0,4$  г/л до  $10,3 \pm 0,3$  г/л / $p < 0,05$ /; при его норме  $10,0 \pm 0,2$  г/л.

Улучшение клинических, лабораторных, биохимических показателей положительно сказалось на показателях ФВД. Мы наблюдали достоверное снижение ЧД, МОД, повышение ФЖЛ, ОБВ<sub>L</sub>, ПТХМ выдоха, что свидетельствует о том, что сочетание химиотерапии, ангиобиотиков, антиоксидантов, бронхолитиков, имеет патогенетическое значение в лечении этой категории больных.

Бронхоскопические исследования показали, что в больных туберкулезом легких / III группа / в большей мере констатировано полное рассасывание сплетических изменений в бронхах по сравнению с I группой, что еще раз подтверждает отягчающее влияние ХБ на туберкулез.

Рентгенологическая положительная динамика начала появлять-

ся с четвертого месяца лечения. При выписке значительное рассасывание очагов и инфильтрации выявлено у 93,3% больных I группы, у 98,9% - II группы, заживление каверн к концу лечения отмечено у 52,3% больных только с активным туберкулезом. При наличии сочетанной патологии / I группа / фаза ремиссии достигнута у всех 90 больных, причем быстрее выздоровление мы наблюдали у больных со свежими очаговыми и инфильтративными процессами.

### Выводы

1. ХБ у больных туберкулезом легких характеризуется измененной клинической симптоматикой, складывающейся из симптомов туберкулеза и ХБ. Присоединение ХБ к туберкулезу утяжеляет течение сочетанной бронхо-легочной патологии.

2. Особенности течения ХБ у больных туберкулезом легких являются:

- а/ наличие интоксикационного и бронхо-легочно-плеврального синдрома;
- б/ достоверное снижение антиоксидантной обеспеченности аскорбатом, токоферолом, нарастание при этом продуктов перекисного окисления;
- в/ значительное снижение содержания Т-лимфоцитов, достоверное повышение сывороточного  $\gamma\text{g}$ , особенно при наличии активности процесса и бронхоспазма;
- г/ наличие у 83,2% больных вентиляционной функции легких по obstructивно-рестриктивному или obstructivному типу;
- д/ преобладание изменений туберкулезного процесса в сочетании с различной степенью поражения бронхов при рентгенологическом исследовании.

3. Положительные сдвиги в антиоксидантной системе и перекисном окислении липидов у больных сочетанными заболеваниями менее выражены и наступают в более поздние сроки, чем у больных только туберкулезом легких.

4. При сочетанной бронхо-легочной патологии в комплекс лечебных мероприятий, наряду с комбинированной антибактериальной терапией, следует включать бронхолитики, антиоксидантные препараты в зависимости от времени года, проводить иммуномодулирующую терапию, лечение сопутствующих заболеваний.

5. Комплексная терапия сочетанной патологии способствовала улучшению клинико-лабораторных, инструментальных показателей, закрытию полостей распада, снижению частоты остаточных изменений в легких, снимала бронхообструктивный синдром, восстанавливала в более ранние сроки функциональные способности кардио-респираторной системы, сокращала сроки стационарного лечения больных на  $23,2 \pm 1,2$  койко-дня.

6. Эффективность лечения больных ХБ на фоне туберкулеза легких ниже, чем больных туберкулезом легких без сопутствующего ХБ. У больных с сопутствующей бронхо-легочной патологией закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения наблюдается в  $1,5-2$  раза меньше.

#### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

I. С целью диагностики хронического бронхита на фоне туберкулеза легких необходимо тщательное клиническое, клинико-лабораторное, бактериологическое, иммунологическое, рентгенологическое исследование с изучением обеспеченности организма антиоксидантами и состояния перекисного окисления липидов.

2. В антибактериальную терапию больных туберкулезом и хроническим бронхитом следует включать препараты спешического и неспецифического действия. Применению специфических антибиотиков должно не ограничиваться продолжительностью их введения, как для хронического бронхита.

3. Больным хроническим бронхитом и туберкулезом легких следует назначать 20мг преднизолона утром однократно через день не менее двух месяцев.

4. В летне-осенний период года при сочетанной патологии рекомендованы глютаминовая кислота 0,5г. 3 раза в день, метилметионинсульфония хлорид 0,1г. 2 раза в день, в зимне-весенний период года - токоферола ацетат 0,1 2 раза в день, аскорбиновая кислота 0,2г. 3 раза в день, флаквин 0,06г. 2 раза в день или рутин 0,023г. 3 раза в день в течении 2-3 месяцев.

#### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. // Гериатрические средства: экспериментальный поиск и клиническое использование. Тезисы и рефераты докладов Всесоюзного Симпозиума 9-11 октября 1990., Киев /Соавторы: Редчик И.В., Борисова З.А., Треумова С.И./ С. 145-146.

2. // Лечение хронического бронхита. - Новосибирск, 1991. - С. 78-81. /Соавторы: Редчик И.В., Борисова З.А./.

3. Антиоксидантная обеспеченность и состояние ПОП у больных ХБ. //Пульмонология., 1992. № 1 С. 32-34. /Соавторы: Редчик И.В., Гольденберг П.М., Треумова С.И., Борисова З.А./.

4. Биохимические особенности формирования неспецифических заболеваний легких у мужчин. // 3 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Санкт-Петербург 1-5 декабря 1992г.

5. Особенности биохимического гомеостаза на доклинической стадии