

сию ХОБ уровень NO_2^- ниже контрольных значений, а концентрация ФНО α недостоверно снижается. Назначение метилксантинов в этот период болезни приводит к нормализации NO_2^- и ФНО α . Содержание АКГП в ремиссию ХОБ не отличается от показателей у здоровых и не зависит от использования теофиллина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института Сердце, Легкие, Кровь и Всемирной организации здравоохранения. Пульмонология 1996; Прил: 1-165.
2. Ванин А.Ф. Оксид азота в биологии: история, состояние и перспективы исследований. Биохимия 1998; 63 (7): 867-869.
3. Вознесенский Н.А., Чучалин А.Г., Антонов Н.С. Оксид азота и легкие. Пульмонология 1998; 2: 6-10.
4. Гельцер Б.И., Кривенко Л.Е., Невзорова В.А., Лукьянов П.А. Респираторное влаговоделение и значение его исследования в пульмонологии. Тер. арх. 2000; 72 (3): 46-50.
5. Потапов М.П. Цитокиновая сеть нейтрофилов при воспалении. Иммунология 1995; 4: 34-40.

6. Харитонов С.А., Барнс П.Дж., Чучалин А.Г. Оксид азота в выдыхаемом воздухе: новый тест в пульмонологии. Пульмонология 1997; 3: 7-12.
7. Barnes P.G. Theophylline and phosphodiesterase inhibitors. Eur. Respir. J. 1994; 8 (3): 457-462.
8. Barnes P.G. Nitric oxide and airway disease. Ann. Med. 1995; 27 (3): 389-393.
9. Bradford M.M. A rapid and sensitive method for the quantitation of microgram quantities of protein utilizing the principle of protein-dye binding. Analyt. Biochem. 1976; 72: 248-254.
10. Cristani B., Rolland C., Lardeux B. Inducible expression of the a-acid glycoprotein by ret and human type 2 alveolar epithelial cells. J. Immunol. 1998; 160: 4596-4605.
11. Karupiah G., Xie W.W., Buller R.M. et al. Inhibition of viral replication by interferon-induced nitric oxide synthase. Science 1992; 261: 1445-1448.
12. Lowenstein C.J., Glatt C.S., Brett D.S., Snyder S.H. Cloned and expressed macrophage nitric oxide synthase contrasts with the brain enzyme. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1992; 89: 6711-6715.
13. Shaul P.W., Wu L.C. et al. Endothelial nitric oxide synthase is expressed in cultured bronchiolar epithelium. J. Clin. Invest. 1994; 94: 2231-2236.

Поступила 16.03.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2003

УДК 616.24-002.5-07:616.24-073.75

К.А.Биджани, Н.Т.Эсмаил, Б.Граэйлли

ЛЕГОЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОГРАММОЙ ЛЕГКИХ В РАЙОНЕ С ВЫСОКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Пульмонологическое отделение, госпиталь Бехешти; Госпиталь Амикрола;
Отделение внутренних болезней, госпиталь Бехешти, Баболь (Иран)

PULMONARY TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH NORMAL CHEST RADIOGRAPH
IN A REGION WITH A HIGH INCIDENCE OF TUBERCULOSIS

K.A.Bijani, N.T.Esmail, B.Graeilli

Summary

The objective was to describe early symptoms of pulmonary tuberculosis (T) when the chest radiograph (CXR) is normal.

Seventy patients with culture-positive pulmonary T and normal CXR were selected from a review of 377 consecutive patients with smear- or culture-positive pulmonary T in Babol (Iran) in 1994-2000. Patients with abnormal CXR at the time of the diagnosis were excluded from the analysis.

Sixty-eight of the 70 patients (98%) were symptomatic at the time of the diagnosis with cough and sputum production being reported most commonly (97%). Two patients were examined due to contact tracing of a case of infectious pulmonary T, while other 68 patients were tested because of symptoms presence. Sixty-eight patients (97%) had cough longer than 1 month, sputum production was in 63 patients (90%), fever for more than 1 week was in 18 patients (25%), haemoptysis was in 28 patients (40%), weight loss was in 21 patients (30%), hoarseness was in 1 patient (1,4%), dyspnea was in 5 patients (7%). The sputum smears of 5 patients (7%) were positive. No-one of patients had underlying diseases. Fifty-six patients (80%) had positive Mantoux skin test. The incidence of culture-positive pulmonary T with a normal chest radiograph was less than 1% in the period from 1988 to 1989 and steadily increased to 10% in the period from 1996 to 1997.

The culture-positive pulmonary T with abnormal CXR is not uncommon and the incidence of such presentation is increasing. Patients with this presentation of T are typically symptomatic and/or are detected by contact tracing of infectious pulmonary T cases. The results suggest that patients presenting cough for more than 1 month, a fever longer than 1 week or documented weight loss after known exposure to infectious T should undergo sputum examination for a mycobacterium tuberculosis despite a normal CXR.

Резюме

Цель работы — описать ранние симптомы легочного туберкулеза (Т) при нормальной рентгенограмме легких (РГЛ).

70 больных с подтвержденным бактериологически легочным Т и нормальной РГЛ были отобраны из 377 с подтвержденным посевом мокроты или бактериоскопией мазка легочным Т в Баболе (Иран) в 1994–2000 г. Больные, имевшие патологические изменения на РГЛ в период постановки диагноза, были исключены из анализа.

68 (98%) из 70 больных в период постановки диагноза имели различные симптомы заболевания, наиболее часто отмечался кашель с мокротой (97%). Два пациента обследовались по поводу контакта с больными легочным Т, в то время как остальные 68 были обследованы в связи с имевшимися жалобами. 68 (97%) больных жаловались на кашель длительностью более 1 мес, 63 (90%) — на продукцию мокроты, 18 (25%) — на лихорадку более 1 нед, 28 (40%) — на кровохарканье, 21 (30%) — на снижение массы тела, 1 (1,4%) пациент жаловался на хрипы, 5 (7%) — на одышку. В мазке мокроты у 5 (7%) больных определялись микобактерии туберкулеза (МБТ). Никто из больных не имел сопутствующей патологии. 56 (80%) пациентов имели положительную пробу Манту. Частота легочного Т, подтвержденного посевом мокроты, при нормальной РГЛ составила менее 1% в период с 1988 по 1989 г. и возросла до 10% в период 1996 по 1997 г.

Легочный Т, подтвержденный бактериологически, при нормальной РГЛ встречается не так редко, и его частота возрастает. Больные с такой формой Т обычно имеют клинические проявления заболевания и/или контакт с больными легочным Т. Результаты свидетельствуют, что у пациентов с кашлем продолжающимся, 1 мес, лихорадкой более 1 нед либо документированной потерей массы тела после известного контакта с больным Т необходимо исследовать мокроту на МБТ независимо от нормальной РГЛ.

Диагноз туберкулеза (Т) часто трудно поставить из-за вариабельности клинических проявлений этого заболевания. Так, легочный Т при нормальной рентгенограмме легких (РГЛ) описывали и ранее [3,6,10,17,20]. Хотя такая форма Т встречается нечасто [3,6,17,20], в настоящее время частота ее в нашей клинической практике возрастает. До постановки диагноза легочного Т при таком варианте течения на клинические проявления Т при отсутствии рентгенологических изменений не обращают должного внимания, следовательно, они изучаются недостаточно. Таким образом, мы провели настоящее исследование с точки зрения клинических характеристик в связи с возрастающей частотой этой формы Т и недостатком объективных данных, описывающих легочный Т при нормальной РГЛ. Также мы изучали причины возрастания частоты этого варианта Т.

Материалы и методы

Случаи Т были отобраны ретроспективно по стандартным и компьютеризированным историям болезни больницы Бехешти (Баболь, Иран) за период с 1994 по 2000 г.

Всего было отобрано 377 пациентов с бактериологически либо бактериоскопически подтвержденным Т легких. Учитывались жалобы больных (кашель, мокрота, кровохарканье, лихорадка, потеря массы тела, ночная потливость и потеря аппетита), проба Манту и результаты других методов диагностики.

Рентгенограмма легких: в каждом случае интерпретация рентгенограмм проводилась совместно пульмонологом и рентгенологом. Рентгенограмма считалась нормальной, если и пульмонолог, и рентгенолог (не информированные о мнении фтизиатра) дали письменное заключение об отсутствии патологии на данной рентгенограмме.

Если хотя бы на одной рентгенограмме имелась патология, пациент исключался из данного исследования. Все образцы посевов и мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (МТБ) обрабатывались в одной централизованной лаборатории.

Мокрота транспортировалась в лабораторию в 50-миллитровых центрифужных пробирках. Перед центрифугированием к мокроте добавляли одинаковые количества 4% NaOH и 0,5 г N-ацетилцистеина для разжижения. Обработанные образцы выдерживали при комнатной температуре в течение 15 мин, затем добавляли раствор буфера (рН 6,8) до отметки 40 мл на центрифужной пробирке и мокроту центрифугировали в течение 20 мин при 4000 об/мин на центрифуге с охлаждением. Надосадочную жидкость отфильтровывали, осадок ресуспендировали в 105 мл стерильной дистиллированной воды. Полученный концентрат использовали для приготовления мазков и бактериологического посева.

Мазки перед окраской флюорохромом для выявления кислотоустойчивых бацилл фиксировали при температуре 65°C в течение 1 ч. Стекла помещали в аурум и выдерживали при комнатной температуре

в течение 15–20 мин, затем промывали дистиллированной водой, просушивали и обесцвечивали солянокислым спиртом в течение 2 мин. В качестве фоновой краски использовали раствор перманганата калия. Затем перед микроскопией стекла вновь высушивали на воздухе.

Посев выполняли путем переноса 0,1 мл суспензии пипеткой в среду Йенсена и инкубировали при 37°C и 7% содержания CO₂ [10].

Результаты

70 больных, у которых легочный Т был подтвержден бактериологически (у 5 (7%) больных МБТ были обнаружены в мазке), имели нормальную РГЛ (18,5% всех подтвержденных бактериологически случаев легочного Т в период с апреля 1994 г. по 31 августа 2000 г.).

Средний возраст больных ($M \pm SD$) составил 34 ± 5 (от 9 до 60 лет) лет. Трое больных в момент постановки диагноза были моложе 10 лет. Женщин было 30 человек, мужчин — 40. У 50 пациентов МБТ были обнаружены в посевах мокроты (у 5 больных в мазках мокроты, у остальных 70 мазки были МБТ-негативными) и у 15 пациентов МБТ были обнаружены в посевах промывных вод желудка (2 больных были моложе 10 лет); у 5 пациентов МБТ были высеяны из бронхиальных смывов.

У 60 больных культуры МБТ были чувствительны ко всем противотуберкулезным антибиотикам, в то время как у 10 больных возбудители были резистентны к изониазиду, но чувствительны ко всем другим противотуберкулезным препаратам, использованным в исследовании. Эти пациенты ранее никогда не лечились по поводу Т, имели подтвержденную документально положительную пробу Манту в течение 6 лет до выявления Т и были обследованы

в связи с кашлем и продукцией мокроты, длительность которых составляла 2 мес, и не отвечали на терапию оральными антибиотиками. Для сравнения 5% всех больных с положительными посевами мокроты на МБТ и изменениями на РГЛ ($n=307$) за время исследования имели в пробе Манту кожный инфильтрат 0 мм в диаметре. Все 70 больных в период постановки диагноза Т имели РГЛ, расцененную пульмонологом и рентгенологом как нормальная. В таблице представлена частота симптомов: кашель (97%) и продукция мокроты (90%) были наиболее частыми, средняя длительность симптомов до постановки диагноза составляла $2,1 \pm 1,7$ мес.

Проба Манту проводилась у 56 (80%) больных и не проводилась у 14. Из 56 пациентов 14 имели инфильтрат более 10 мм в диаметре как минимум за 2 года до выявления Т легких, и у них при постановке диагноза Т проба не повторялась. У 14 больных в течение 2 последних лет до выявления Т диаметр инфильтрата в пробе Манту был 0 мм. Средний размер инфильтрата в этой группе больных составил 15 мм, хотя 11 (16%) из них имели инфильтрат 0 мм в диаметре. Повторная проба Манту была проведена через 1 и 3 мес соответственно после первого тестирования. У 6 из этих больных инфильтрат также был 0 мм в диаметре, хотя пробу больше не повторяли.

68 из 70 больных предъявляли жалобы на кашель с мокротой в течение более чем 1 мес. У остальных 2 пациентов диагноз “туберкулез” был установлен после выявления тесного контакта с больными. СОЭ была повышена у 42 (60%) больных.

Обсуждение

Легочный Т при нормальной РГЛ был описан ранее [3,6,10,17,20], хотя в ряде случаев диагноз “туберкулез” выставлялся при отрицательном посеве мокроты на МБТ [4]. Однако клинические особенности и методы диагностики легочного Т при отсутствии рентгенологической патологии ранее не описывались. Наши результаты свидетельствуют, что Т легких при положительном посеве мокроты и нормальной РГЛ встречается не так уж редко и такие пациенты обычно имеют клинические проявления заболевания либо находились в контакте с больными Т. Данное исследование подтверждает наши клинические наблюдения, что частота этой формы легочного Т в последние 10 лет возрастает. Частота высеивания МБТ составляет 0,7%. Однако в последнее время частота бактериологически подтвержденного Т легких при нормальной РГЛ увеличилась до 10%.

Существует множество причин для такой ситуации. Частота вирусного гепатита В и СПИДа также возрастает, а связь Т и вирусного гепатита В хорошо изучена [15,22]. Другим вероятным объяснением может быть улучшение ранней диагностики Т. В нашем районе настороженность на инфекционные болезни очень высока. Совместные усилия Министерства здравоохранения (контролирующие программы) и

Таблица

Частота симптомов у больных Т легких с положительным посевом мокроты и нормальной РГЛ

Симптом	Число больных
Наличие клинических проявлений	68 (98%)
средняя длительность симптомов, мес	$2,1 \pm 1,7$
кашель дольше 1 мес	68 (98%)
мокрота	63 (90%)
кровохарканье	28 (40%)
снижение массы тела	21 (30%)
лихорадка более 1 нед	18 (25%)
одышка	5 (7%)
хрипы	1 (1,4%)

торакальных врачей заметно возрастают в последние годы. Кроме того, усиливаются мероприятия, направленные на своевременное выявление контактов с инфекционными больными. Например, мы проводим бактериоскопию мазков мокроты, посевы мокроты, желудочных и бронхиальных смывов (при отрицательном результате бактериоскопии мазка и желудочного смыва), особенно у пациентов с нормальной РГЛ [7,11,21]. Возможно, эти совместные усилия внесут свой вклад в исследование данной проблемы. У больных без гепатита В и СПИДа *Miller и соавт.* [12] заметили подобную картину в 3% случаев, *Barneds и соавт.* [3] — в 1% и *Gattner и соавт.* [15] — в 1,4%. В других сообщениях [12] полученные результаты было сложно интерпретировать, поскольку данные РГЛ, такие как плевральный выпот, старые рубцы, рассматривались как не имеющие отношение к Т. В нашем исследовании мы анализировали только нормальные РГЛ. Проба Манту в большинстве случаев была положительная (средний диаметр инфильтрата 15 мм), у 11 больных — отрицательной (диаметр инфильтрата 0 мм). Эти 11 пациентов имели клинические проявления заболевания: кашель более 1 мес, лихорадку более 1 нед либо потерю массы тела. Таким образом, диагноз Т может быть выставлен даже при отрицательной пробе Манту [1] и независимо от наличия либо отсутствия патологических изменений на РГЛ.

Как говорилось выше, все пациенты в нашем исследовании были отобраны по наличию клинических симптомов, только 3% не имели клинических проявлений заболевания, но были обследованы из-за тесного контакта с больным. *T.Schmidек и Hardy* [20] описали 8 случаев легочного Т при нормальной РГЛ на борту военного крейсера; из них 6 не имели клинической симптоматики; 1 пациент жаловался на похудание и 1 — на кровохарканье. Все больные имели вираж туберкулиновой пробы после контакта с больными Т. К сожалению, в работе нет упоминания о кашле и продукции мокроты. В нашем исследовании 68 (97%) из 70 больных были выявлены по наличию и длительности кашля более 1 мес и лихорадки более 1 нед либо виража туберкулинового теста после контакта с больным Т. Наши результаты подтверждают, что мокрота для мазка и посева на МБТ должна быть исследована у больных независимо от результатов РГЛ (типичные либо атипичные, либо нормальные).

Для легочного Т характерно постепенное начало [20]. Медленное прогрессирование в течение недель или месяцев часто сопровождается продукцией мокроты [29]. Длительность кашля более 1 мес — очень частый симптом у наших пациентов, и наши результаты согласуются с предыдущими исследованиями, в которых считают наличие кашля поводом для амбулаторного скринингового обследования на Т в Кении [18]. Сообщалось, что у больных с Т кашель присутствует в 69% случаев [6]; в этом исследовании у 79% больных кислотоустойчивые палочки определя-

лись в мазке мокроты, что свидетельствует о прогрессировании заболевания. В других исследованиях среди больных, умерших от легочного Т, только 41% жаловались на кашель при поступлении в стационар и 44% имели изменения на РГЛ, расцененные как нетипичные для легочного Т [14]. Напротив, в нашем исследовании только у 5 больных в мазке мокроты выявлены кислотоустойчивые бациллы и среди наших больных не было смертельных исходов, хотя 97% из них при наличии легочного Т и отсутствии изменений на РГЛ жаловались на кашель.

Конечно, желательно установить диагноз Т на ранней стадии [1]. Во-первых, с эпидемиологической точки зрения, но в нашем исследовании только в одном случае мазок мокроты был МБТ-положительный, расцененный как потенциально инфекционный. Во-вторых, ранняя постановка диагноза и раннее начало лечения выгодно с точки зрения исхода заболевания и развития осложнений, а также экономии времени и средств в связи с нетрудоспособностью. Наконец, начатое на ранней стадии лечение снижает риск развития лекарственной устойчивости. В начальной стадии Т трудно распознается, но легче лечится. Если же диагноз не поставлен вовремя и не назначено раннее лечение, болезнь становится более явной, но лечение усложняется [23]. Таким образом, очень важно получить культуру МБТ у пациента, обследуемого по поводу возможного Т [5,18], поскольку РГЛ без использования других методов диагностики не может выявить все случаи легочного Т [2,12]. Наше исследование показало, что бактериологически подтвержденный Т легких при наличии нормальной РГЛ встречается нередко, и его частота, по видимому, возрастает и пациенты с таким Т обычно имеют клинические проявления заболевания и/или контакт с больным Т. Результаты также подтверждают, что больным, имеющим кашель длительностью более 1 мес, лихорадку более 1 нед либо документально подтвержденный вираж туберкулиновой пробы в течение 2 лет после известного контакта с больным Т, необходимо делать мазок либо посев мокроты на МБТ.

Возможно, что некоторые посевы мокроты на МБТ могут давать ложноположительный результат, хотя мы не считаем, что этот фактор сам по себе внес существенный вклад в наше исследование. Частота ложноположительных результатов посева мокроты в некоторых лабораториях установлена в пределах 1,1–3,6% [4], но контаминация имеет место даже в централизованных лабораториях, использующих точные современные методики [4,13]. Обычно в таких случаях больные с ложноположительным результатом посева мокроты не имеют клинических синдромов, ассоциированных с активным Т, и по клиническим данным диагноз “туберкулез” представляется маловероятным [4]. Это значительно отличается от исследуемой нами популяции, так как 68 (97%) из 70 больных имели истинно положительные результаты, а оставшиеся 2 больных с документаль-

но подтвержденным виражом туберкулиновой пробы имели контакт с инфекционным Т.

Заключение

Из 377 обследованных нами больных выявлено 18% случаев Т легких с положительным посевом мокроты и нормальной РГЛ. Этот показатель совпадает с данными других исследователей, хотя некоторая разница существует. Так, *Fitagerald и соавт.* [8] сообщают о 10% частоте при обследовании 218 больных, *Long и соавт.* [9] приводят цифру 17% (67 больных), *Darey и соавт.* — 4–8% при обследовании 518 больных, *Greenberg и соавт.* [10] — 14% (113 больных). Эта разница может быть связана с высокой частотой Т в нашем регионе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Aluoch J.A., Swai B., Edwards E.A. et al.* Study of case-finding for pulmonary tuberculosis in out patients complaining of a cough at district hospital in Kenya. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1984; 129: 915–920.
2. American thoracic society. Diagnostic standards and classification of tuberculosis. *Ibid.* 1990; 142: 725–735.
3. *Barnes P.F., Verdegem T.D., Vachon, L.A. et al.* Chest roentgenogram in pulmonary tuberculosis: new data on an old test. *Chest* 1998; 94: 316–320.
4. *Burman W.J., Stone D.L., Reres R.R. et al.* The incidence of False-positive culture for *Mycobacterium tuberculosis*. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1997; 155: 321–326.
5. Canadian lung association tuberculosis standards. 4-th ed. 1996.
6. *Choen R., Muzaffar S., Capellan J. et al.* The validity of classic symptoms and chest radiographic configuration in predicting pulmonary tuberculosis. *Chest* 1996; 109: 420–432.
7. *Dunlap N.E., Harris P.H., Benjamin W.H. et al.* laboratory contamination of mycobacterium tuberculosis culture. *Am. J. Resp. Crit. Care med.* 1995; 152: 1702–1704.
8. *Fitsgerald J.M., Grsybowski S., Allen E.A.* The impact of human immunodeficiency virus infection on tuberculosis and its control. *Chest* 1991; 100: 191–200.
9. *Gatner F.M., Burkhardt K.R.* Correlation of the results of X-ray and sputum culture in tuberculosis prevalence surveys. *Tubercle* 1980; 61: 22–31.
10. *Greenberg S.D., Frager D., Suster B. et al.* Active pulmonary tuberculosis in patients with. AIDS: spectrum of radiographic findings. *Radiology* 1994; 193: 115–190.
11. *Hanna B.E.* Diagnosis of tuberculosis by microbiologic techniques ROM, Wugarsy, seds. *Tuberculosis* 1996; 149–159.
12. *Husoen I., Fulkeron L.L., Del Vecchio E. et al.* Pulmonary tuberculosis with wegetive findings on chest x-ray films: a study of 40 cases. *Chest* 1971; 60: 540–542.
13. *Long R., Maycher B., Scalcini M. et al.* The chest radiograph in pulmonary tuber culosis patients seropositive for human immunodeficiency virus typeI. *Chest.* 1991; 99: R3–127.
14. *Marciniuk D.D., Mcnab B.D. et al.* Detection of pulmonary tuberculosis in patients with a normal chest radiograph. *Ibid.* 1999; 115: 445–452.
15. *Mccray E., Weinbaum C.M., Braden C.R. et al.* The epidemiology of tuberoulosis in the United States. *Clin. Chest Med.* 1997; 18: 99–113.
16. *Miller W.I., MacGregor R.R.* Tuberculosis: Frequency of unusual radiographic findings. *Am. J. Roentgenol.* 1978; 130: 867–875.
17. *Miller W.T., Miller W.T., Jr.* Tuberculosis in the normal host: radiological findings. *Semin. Roentgenol.* 1993; 28: 109–118.
18. *Murray S.J.L., Bloom B.R.* Tuberculosis: commentary on a reemergent killer. *Science* 1992; 257:1055–1064.
19. *Naalsund A., Heldal E., Johansen B. et al.* Deaths from pulmonary tuberculosis in al low incidence country. *J. Intern. Med.* 1994; 236: 137–142.
20. *Schmidek H.H., Hardy M.A.* Pulmonary tuberculosis with normal chest radiographs. *Can. Med. Assoc. J.* 1967; 97: 178–80.
21. *Van Diun J.M., Pijnenburg J.E.M., Van Rijswoud C.M. et al.* Investigation of cross contamination in a mycobacterium tuberculosis laboratory using IS6110 DNA Fingerprinting. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 1998; 2: 245–249.
22. *Woodring J.H., Vandiviere H.M., Fried A.M. et al.* Up date: The radiographic features of pulmonary tuberculosis. *Am. J. Roentgenol.* 1986; 146: 997.

Поступила 14.01.02

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2003

УДК 616.24–002.28–085.357.45–06:616.25–002.5

Халил Янардаг, Жулэн Хатеми, Ибрагим Хатеми, Тунсер Карайель

РАЗВИТИЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У БОЛЬНОГО С САРКОИДОЗОМ НА ФОНЕ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ

Отделение внутренних болезней медицинского факультета Стамбульского университета, Турция

TUBERCULOUS EFFUSION DEVELOPMENT IN A PATIENT WITH SARCOIDOSIS DURING CORTICOSTEROID THERAPY

Halil Yanardag, Gulen Hatemi, Ibrahim Hatemi, Tuncer Karayel

Summary

A 47-year-old man was diagnosed a Lofgren's syndrome and corticosteroid therapy was started. On the seventh month of the therapy a pleural effusion developed. Although no definite diagnosis was made, anti-