

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЛЕВРИТА У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Н. А. СТОГОВА

Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия

Цель исследования: изучение особенностей выявления, диагностики, клинических, морфологических проявлений и эффективности лечения туберкулезного экссудативного плеврита у лиц с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 62 больных туберкулезным экссудативным плевритом, у которых по анамнестическим данным и наркологом установлено наличие алкогольной зависимости. Диагноз туберкулезного плеврита верифицирован в 80,65% случаев.

Полученные результаты. Алкогольная зависимость установлена у 15% больных туберкулезным плевритом. Среди больных с алкогольной зависимостью 47% в возрасте 30 лет и старше не имели своей семьи, 11% проживали в одиночестве, 76% являлись неработающими лицами трудоспособного возраста, 27% имели судимость, 10% не имели постоянного места жительства. Не проходили проверочные флюорографические обследования 2 года и более 27% больных. В 53% случаев плеврит сочетался с туберкулезным поражением легких, в 27% – имелось двустороннее поражение органов дыхания. В 42% случаев установлена деструкция легочной ткани, в 35,5% – выделение микобактерий туберкулеза с мокротой. В материале пункционной биопсии плевры очаги казеозного некроза выявлены в 7,5% случаев, эпителиоидно-гигантоклеточные гранулемы – в 64%, казеозный некроз в гранулемах – в 44%. Установлены низкая приверженность больных к лечению и недостаточная его эффективность.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, туберкулезный плеврит, клиника, диагностика, морфология, результаты лечения

Для цитирования: Стогова Н. А. Клинико-морфологическая характеристика проявлений туберкулезного плеврита у лиц с алкогольной зависимостью // Туберкулез и болезни лёгких. – 2017. – Т. 95, № 5. – С. 27-33. DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-5-27-33

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF TUBERCULOUS PLEURISY MANIFESTATIONS IN THOSE WITH ALCOHOL ADDICTION

N. A. STOGOVA

Voronezh State Medical Academy named after N. N. Burdenko, Voronezh, Russia

Goal of the study: to study specific features of detection, diagnostics, clinical, morphological manifestations and treatment efficiency of tuberculous exudative pleurisy in those with alcohol addiction.

Materials and methods. 62 medical cases of those suffering from exudative tuberculous pleurisy were retrospectively studied, in whom alcohol addiction was diagnosed basing on the patient's history and examination by the substance abuse doctor. Tuberculous pleurisy was verified in 80.65% of cases.

Results: Alcohol addiction was diagnosed in 15% of those suffering from tuberculous pleurisy. Among patients with alcohol addiction 47% were 30 years old and older, and they were single, 11% lived alone, 76% were the unemployed but within employable age, 27% had previous convictions, and 10% were homeless. More than 27% of patients had not have fluorography screening for 2 years and more. In 53% of cases pleurisy was combined with concurrent pulmonary lesions and in 27% of cases respiratory lesions were bilateral. Destruction of lung tissue was observed in 42% of cases, and in 35.5% tuberculosis mycobacteria were found in sputum. Caseous necrosis was found in 7.5% of cases, epithelioid giant-cell granulomas were found in 64% of cases, and caseous necrosis in granulomas was found in 44% of cases when examining the needle biopsy specimens. Poor treatment adherence and low treatment efficiency had been observed among those patients.

Key words: alcohol addiction, tuberculous pleurisy, symptoms, diagnostics, morphology, treatment outcomes

For citations: Stogova N.A. Clinical and morphological characteristics of tuberculous pleurisy manifestations in those with alcohol addiction. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2017, Vol. 95, no. 5, P. 27-33. (In Russ.) DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-5-27-33

Проблема взаимного влияния алкоголизма и туберкулеза у человека сохраняет актуальность как в России, так и за рубежом [3, 13, 21, 22]. По данным И. Ф. Копыловой и др. (2016), в последние годы среди умерших от туберкулеза увеличилась доля лиц, злоупотребляющих алкоголем, до 70,3% [12]. В литературе достаточно широко освещены вопросы взаимодействия алкоголизма и туберкулеза легких, установлены высокий риск развития туберкулеза при алкоголизме, более тяжелое их течение, недостаточная эффективность лечения, досрочное прекращение лечения и частый переход в хроническое течение туберкулезного процесса [5, 8, 19, 20].

В очагах туберкулеза, где родители злоупотребляют алкоголем, дети и подростки чаще заболевают туберкулезом [1].

Известно, что среди больных инфильтративным туберкулезом легких алкогольная зависимость (АЗ) регистрируется у 53,3% мужчин и 13,3% женщин [18]. Злоупотребление алкоголем наблюдается у 57,8% больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких [17] и у 45,7% – с туберкулезным менингитом у взрослых [4]. Низкий уровень представлений о ценности здоровья у лиц, злоупотребляющих алкоголем, является причиной позднего обращения больного к врачу, что приво-

дит к несвоевременной диагностике туберкулеза легких в виде распространенных и деструктивных форм [9, 11]. Злоупотребление алкоголем является фактором, осложняющим клинические проявления и течение туберкулезного процесса, чаще (до 84,6% случаев) развиваются нежелательные побочные реакции при химиотерапии [10]. Наличие у больных туберкулезом алкогольного поражения печени многократно ускоряет развитие и утяжеляет течение лекарственного гепатита [2]. Морфологической особенностью туберкулеза легких на фоне хронической алкогольной интоксикации является прогрессирующее течение с экссудативно-некротической реакцией и нарушением микроциркуляции [16]. Больные туберкулезом, злоупотребляющие алкоголем, часто уклоняются от лечения, что приводит к формированию лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) [6, 7]. Хронический алкоголизм является одной из наиболее частых причин рецидивов туберкулеза органов дыхания [15].

При этом в литературе нет данных о влиянии АЗ на характер клинико-морфологических проявлений и эффективность лечения больных туберкулезным экссудативным плевритом (ТЭП).

Цель исследования: изучение особенностей выявления, диагностики, клинических, морфологических проявлений и эффективности лечения ТЭП у лиц с АЗ.

Материалы и методы

Дизайн исследования – ретроспективное когортное. Проведен анализ данных историй болезни 62 больных ТЭП, находившихся на стационарном лечении в Воронежском областном клиническом противотуберкулезном диспансере им. Н. С. Похвисневой (ВОКПД) в 2008-2014 гг., у которых по анамнестическим данным и в результате осмотра наркологом установлено наличие АЗ. Среди больных 29 (46,77%) были жителями города, 31 (50,00%) – села и 2 (3,23%) – других регионов России. Мужчин было 59 (95,16%), женщин – 3 (4,84%). В возрасте 20-30 лет было 17, 31-40 лет – 21, 41-50 лет – 14, 51-60 лет – 9 и в возрасте 71 года – 1 больной. Средний возраст больных составил $37,5 \pm 1,4$ года. У 55 (88,71%) больных туберкулез был выявлен впервые, у 7 (11,29%) – являлся рецидивом ранее перенесенного туберкулеза легких. Больным проводили стандартное клинико-рентгенологическое, лабораторное и инструментальное обследование с применением пункционной биопсии париетальной плевры, современных микробиологических и иммунологических методов обследования. Лечение назначали согласно Приказу МЗ РФ от 21 марта 2003 г. № 109 [14] в стандартных режимах и дозировках лекарственных препаратов с коррекцией режимов химиотерапии в процессе лечения при получении новых данных о ЛУ МБТ. Прово-

дили аспирацию плеврального экссудата 2-3 раза в неделю до полного прекращения экссудации с внутривидеальным введением 10%-ного раствора изониазида (до 10 введений), патогенетическое и физиотерапевтическое лечение. Оценка результатов стационарного этапа лечения дана по срокам нормализации температуры тела, скорости оседания эритроцитов (СОЭ) периферической крови, длительности плевральной экссудации и выраженности плевральных наложений на рентгенограмме на момент выписки больного из стационара. У больных, выписанных с сохранившейся плевральной экссудацией, прослежена ее динамика по амбулаторным картам диспансерного наблюдения.

Статистическую обработку материала выполняли с помощью программы Microsoft Office Excel 2010.

Результаты исследования

В течение 2008-2014 гг. в ВОКПД находились на стационарном лечении 415 больных туберкулезным плевритом, среди которых АЗ имели 62 (14,93%) пациента.

Анализ социальных характеристик больных показал, что 29 (46,77%) из них в возрасте 30 лет и старше не имели своей семьи, 7 (11,29%) – проживали в одиночестве, 47 (75,81%) – являлись неработающими лицами трудоспособного возраста, 2 (3,23%) – инвалидами 2-й группы, 17 (27,42%) – имели судимость и 6 (9,68%) – не имели постоянного места жительства. Не проходили проверочные флюорографические обследования 2 года и более 17 (27,42%) больных. Заболевание у 59 (95,16%) больных выявлено при обращении к врачу, у 3 (4,84%) – при проверочной флюорографии. Из 59 больных, выявленных при обращении к врачам общей лечебной сети, обратились в течение 1-й нед. заболевания 31 (52,54%), 2-й нед. – 10 (16,95%), 3-й нед. – 4 (6,78%), 4-й нед. – 6 (10,17%) и не обращались к врачу более 28 дней – 8 (13,56%) больных. Большинство больных (72,88%) первоначально лечились в учреждениях общей лечебной сети с ошибочными диагнозами – пневмония или пневмония, осложненная плевритом (34), острая респираторная вирусная инфекция (4), ушиб грудной клетки (3), ишемическая болезнь сердца (2). В связи с этим в течение 1-го мес. заболевания в стационар противотуберкулезного диспансера поступили 42 (67,74%) больных, в течение 2-го мес. – 12 (19,36%), 3-го мес. – 4 (6,45%) и на 4-7-м мес. болезни – 4 (6,45%) больных. Средняя длительность от появления первых признаков болезни до госпитализации в противотуберкулезный диспансер составила $37,11 \pm 5,36$ дня. Таким образом, среди лиц с АЗ часто встречались лица, относящиеся к социальным группам риска по туберкулезу, а именно: одинокие, безработные, бездомные и находившиеся ранее в местах лишения свободы. Среди них нередко встречались лица с отсутствием критического

отношения к своему здоровью и не обследующиеся регулярно методом флюорографии.

Тесный внутрисемейный контакт с больным активным туберкулезом сыном имела 1 (1,61%) больная, эпизодический контакт с родственниками и друзьями, проживающими отдельно, – 3 (4,84%) пациента.

Анализ клинических проявлений ТЭП показал, что острое начало заболевания с повышением температуры тела до 38-39°C отмечено у 28 (45,16%) больных, острое начало с повышением температуры тела выше 39°C – у 6 (9,68%), подострое – у 19 (30,64%) и малосимптомное – у 9 (14,52%) больных. При поступлении в стационар противотуберкулезного диспансера вегетативная симптоматика в виде ночной потливости наблюдалась у 41 (66,13%), снижение массы тела от 2 до 15 кг – у 29 (46,77%) больных. Одышка наблюдалась у 47 (75,81%), боль в грудной клетке на стороне плеврита – у 44 (70,97%), ощущение тяжести в грудной клетке – у 4 (6,45%) больных. Тахикардия с числом сердечных сокращений 90-120 ударов в 1 мин определялась у 28 (45,16%), увеличение печени при пальпации – у 29 (46,77%) больных (табл.).

В анализе периферической крови у больных с АЗ довольно часто наблюдались патологические изменения. Анемия со снижением количества эритроцитов менее $4,2 \times 10^{12}/л$ установлена у 32 (51,61%), лейкоцитоз (более $9,0 \times 10^9/л$) – у 25 (40,32%), относительная лимфопения (менее 20%) – у 26 (41,94%) и значительное повышение СОЭ (более 50 мм/ч) – у 11 (17,74%) больных. Протеинурия как проявление токсико-инфекционной почки наблюдалась у 10 (13,16%) больных. При биохимическом исследовании сыворотки крови у больных с АЗ при поступлении в стационар нередко выявляли признаки нарушения функций печени и поджелудочной железы. Так, установлены повышенные уровни аланинаминотрансферазы (АлАт) у 13 (20,97%), билирубина – у 1 (1,61%) и амилазы – у 3 (4,84%) больных. Гипопротеинемия ниже 60 г/л определена у 4 (6,45%) больных.

Данные иммунологических исследований с помощью внутрикожной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л выявили у больных ТЭП с АЗ отрицательные реакции на туберкулин у 5 (8,06%), сомнительные – у 2 (3,23%), положительные – у 50 (80,65%) и гиперергические – у 5 (8,06%) пациентов. Иммунологические исследования с помощью внутрикожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным выявили отрицательные реакции у 5 (20,83%), сомнительные – у 1 (4,17%), положительные – у 6 (25,00%) и гиперергические – у 12 (50,00%) из 24 обследованных с помощью этого метода больных.

Данные рентгенологического исследования позволили выявить у больных с АЗ достаточно распространенный характер туберкулезного поражения органов дыхания. Так, туберкулезный плеврит сочетался с туберкулезом легких у 33 (53,23%) боль-

ных, в том числе очаговый туберкулез установлен у 5 (15,15%), инфильтративный – у 25 (75,76%), милиарный – у 1 (3,03%), диссеминированный – у 1 (3,03%) и казеозная пневмония – у 1 (3,03%) больного. Деструкция легочной ткани обнаружена у 14 (42,42%) больных. При этом у больных с АЗ часто наблюдалась двусторонняя локализация туберкулезных изменений (легкие, плевра). Так, двустороннее поражение легких наблюдалось у 9 (14,52%) больных, поражение одного легкого в сочетании с плевритом с противоположной стороны – у 4 (6,45%) и двусторонний экссудативный плеврит – у 4 (6,45%) больных. Двусторонняя локализация туберкулезного процесса выявлена у 17 (27,42%) больных. Установлено, что при инфильтративном туберкулезе у значительной части больных с АЗ изменения в легких локализовались в нижних долях. Так, локализация процесса в верхней доле установлена у 10 больных, в нижней доле – у 9 и одновременно в верхней и нижней долях – у 6 из 25 больных инфильтративным туберкулезом. При инфильтративном туберкулезе нижнедолевая локализация наблюдалась у 15 (60,00%) больных.

Данные микробиологических исследований мокроты выявили среди лиц с АЗ наличие значительной доли больных, представляющих эпидемиологическую опасность для окружающих. Так, МБТ в мокроте были обнаружены у 22 (35,48%) больных. Еще у 2 больных в мокроте методом ПЦР обнаружена ДНК МБТ с сохраненной чувствительностью к рифампицину (R). Первичная ЛУ МБТ методом посева мокроты установлена у 6 (27,27%) из 22 больных, в том числе к изониазиду (H) – у 1, к стрептомицину (S) – у 2, к H, S – у 1, к R – у 1, к S, R – у 1 больного.

У больных с АЗ наблюдалась интенсивная экссудация жидкости в плевральную полость. Так, при выявлении заболевания локализация верхней границы плеврального выпота на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки на уровне IV ребра установлена у 16 (25,81%) и выше IV ребра у 19 (30,65%) больных.

При первой плевральной пункции в анализе экссудата содержание нейтрофильных гранулоцитов более 50% отмечено у 5 (8,62%) из 58 больных, поступивших с наличием свободного экссудата (у 4 больных экссудат не был получен в связи с организацией плеврального выпота или он был удален в условиях общей лечебной сети и больше не накапливался). МБТ в экссудате методом посева на питательные среды были обнаружены у 11 (18,97%) из 58 больных. Первичная ЛУ МБТ, выделенных из плеврального экссудата, обнаружена у 1 (9,09%) больного с наличием МБТ в экссудате – к S, H, R. При этом в мокроте у данного больного МБТ не выявлены. В соответствии с ЛУ ему был изменен режим химиотерапии. Еще у 4 больных в плевральном экссудате методом ПЦР выявлена ДНК МБТ с чувствительностью к R, в мокроте у этих больных МБТ не обнаружены.

Таблица. Сравнительный анализ клинико-морфологических признаков туберкулезного плеврита у больных 1-й и 2-й групп

Table. Comparative analysis of clinical and morphological signs of tuberculous pleurisy in the patients from Groups 1 and 2

| Признак | Группы больных, число больных (%) | | |
|--|--|------------------------------------|--------|
| | 1-я (n = 62) | 2-я (n = 62) | p |
| Начало болезни: | | | |
| острое начало | 40 (64,52%) | 36 (58,06%) | > 0,05 |
| повышение температуры тела до 39° С и выше | 22 (35,48%) | 19 (30,65%) | > 0,05 |
| ночная потливость | 41 (66,13%) | 35 (56,45%) | > 0,05 |
| потеря массы тела от 2 до 15 кг | 29 (46,77%) | 25 (40,32%) | > 0,05 |
| Анализ периферической крови: | | | |
| содержание лимфоцитов менее 20% | 26 (41,94%) | 18 (29,03%) | < 0,05 |
| повышение СОЭ более 50 мм/ч | 11 (17,74%) | 4 (6,45%) | < 0,05 |
| содержание эритроцитов менее 4,2 × 10 ¹² /л | 32 (51,61%) | 27 (43,55%) | > 0,05 |
| количество лейкоцитов более 9 × 10 ⁹ /л | 25 (40,32%) | 20 (32,26%) | > 0,05 |
| Протеинурия | 10 (16,13%) | 5 (8,06%) | < 0,05 |
| Биохимия сыворотки крови: | | | |
| повышенный уровень АлАт | 13 (20,97%) | 7 (11,29%) | < 0,05 |
| повышенный уровень билирубина | 1 (1,61%) | 0 | < 0,05 |
| повышенный уровень амилазы | 3 (4,84%) | 0 | < 0,05 |
| Гиперергическая реакция на туберкулин при пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л | 5 (8,06%) | 1 (1,61%) | < 0,05 |
| Гиперергическая реакция на пробу с диаскинтестом | 12 (50,00%) из 24 обследованных | 7 (30,43%) из 23 обследованных | < 0,05 |
| Сочетание плеврита с туберкулезом легких | 33 (53,23%) | 22 (35,48%) | < 0,05 |
| Деструкция легочной ткани | 14 (42,42%) | 4 (18,18%) | < 0,05 |
| Двусторонняя локализация туберкулезных изменений (легкие, плевра) | 17 (27,42%) | 10 (16,13%) | < 0,05 |
| Наличие МБТ в мокроте | 22 (35,48%) | 12 (19,35%) | < 0,05 |
| Экстенсивный плеврит (выше 4-го ребра на рентгенограмме) | 19 (30,65%) | 12 (19,35%) | < 0,05 |
| Наличие казеозного некроза в ЭГКГ материала биопсии плевры | 15 (44,12%) из 34 | 8 (20,00%) из 40 | < 0,05 |
| Гнойный плевральный экссудат | 5 (8,62%) из 58 больных с наличием экссудата | 1 (1,61%) из 62 больных | < 0,05 |
| Неспецифический эндобронхит (по данным бронхоскопии) | 35 (81,40%) из 43 обследованных | 34 (70,83%) из 48 обследованных | < 0,05 |
| Снижение ЖЕЛ более 50% от должной величины | 36 (73,47%) | 29 (51,79%) | < 0,05 |
| Диффузные изменения миокарда на электрокардиограмме | 13 (20,97%) | 6 (9,68%) | < 0,05 |
| Хронический гепатит различной этиологии | 28 (45,16%) | 8 (12,90%) | < 0,05 |
| Хронический панкреатит | 10 (16,13%) | 4 (6,45%) | < 0,05 |
| Результаты лечения: | | | |
| нормализация температуры тела в течение 1-го мес. лечения | 30 (58,82%) из 51 больного | 38 (77,55%) из 49 больных | < 0,05 |
| нормализация СОЭ в общем анализе крови к концу 3-го мес. лечения (из числа больных, поступивших с повышенной СОЭ) | 17 (29,31%) из 58 больных | 34 (61,82%) из 55 больных | < 0,05 |
| прекращение плевральной экссудации на момент выписки из стационара | 50 (86,21%) из 58 больных с наличием свободного экссудата | 62 (100,0%) | < 0,05 |
| Остаточные плевральные изменения при выписке из стационара: | | | |
| отсутствуют или незначительные | 8 (12,90%) | 32 (51,61%) | < 0,05 |
| умеренные | 36 (58,06%) | 28 (45,16%) | > 0,05 |
| выраженные | 10 (16,13%) | 2 (3,23%) | < 0,05 |
| экссудация сохраняется | 8 (12,90%) | 0 | < 0,05 |

Эпителиоидно-гигантоклеточные гранулемы (ЭГКГ) в материале биопсии плевры выявлены у 34 (64,15%), очаги казеозного некроза в толще плевры – у 4 (7,55%) из 53 больных, обследованных с помощью этого метода. При этом казеозный некроз в ЭГКГ установлен у 15 (44,12%) из 34 боль-

ных с наличием гранулем в материале биопсии плевры.

Диагноз туберкулезного плеврита верифицирован у 50 (80,65%) больных, в том числе только микробиологическими методами – у 13 больных, только гистологическим методом при биопсии плев-

ры – у 15 и сочетанием этих методов – у 22 больных. Из оставшихся 12 больных ТЭП у 6 имелись рентгенологические признаки активного туберкулеза легких.

Анализ данных электрокардиографии показал, что при поступлении в стационар у 13 (20,97%) больных с АЗ определялись диффузные изменения миокарда, у 3 (4,84%) – экстрасистолия, у 6 (9,68%) – гипертрофия правого желудочка, у 3 (4,84%) – гипертрофия левого желудочка сердца. Данные спирографии выявили выраженные нарушения функции внешнего дыхания у больных с АЗ. При поступлении в стационар значение жизненной емкости легких менее 50% от должной величины было установлено у 36 (73,47%) из 49 обследованных больных. При фибробронхоскопии у больных с АЗ признаки неспецифического эндобронхита выявлены у 35 (81,40%) из 43 больных, обследованных этим методом.

С помощью метода ультразвукового исследования органов брюшной полости при поступлении в стационар увеличение и диффузные изменения печени обнаружены у 15 (46,88%), увеличение селезенки и признаки портальной гипертензии – у 3 (9,38%), диффузные изменения поджелудочной железы – у 8 (25,00%) из 32 обследованных больных.

Анализ наличия и вида сопутствующих заболеваний у больных с АЗ показал довольно частое поражение печени и поджелудочной железы. Так, при поступлении в стационар хронический вирусный гепатит С установлен у 20 (32,26%), криптогенный гепатит неуточненной этиологии – у 1 (1,61%), токсический алкогольный гепатит – у 7 (11,29%), цирроз печени – у 1 (1,61%) больного. Таким образом, хронический гепатит различной этиологии изначально имел место у 28 (45,16%) больных. Хронический панкреатит диагностирован у 10 (16,13%) больных. Хронический гастрит имел место у 10 (16,13%), язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки – у 6 (9,68%), гипертоническая болезнь – у 5 (8,06%), хроническая обструктивная болезнь легких – у 3 (4,84%) больных. Кроме того, у 12 (19,35%) больных имелись такие осложнения алкоголизма, как токсическая энцефалопатия, у 6 (9,68%) – судорожные припадки (эпизиндром) и у 10 (16,13%) – алкогольная кардиомиопатия.

Анализ результатов стационарного этапа лечения показал низкий уровень приверженности больных с АЗ к лечению. Больные часто неадекватно относились к своему здоровью, прерывали курс лечения, нарушали больничный режим, продолжали употреблять спиртные напитки. Средняя длительность пребывания всех больных в стационаре составила $102,03 \pm 5,79$ дня. При этом самовольно досрочно ушли из стационара 10 (16,13%) больных, у которых средняя длительность пребывания в стационаре составила $75,30 \pm 16,09$ дня. Выписан за неоднократное пьянство 21 (33,87%) больной.

Средняя длительность пребывания в стационаре составила $75,48 \pm 7,75$ дня. В связи с нарушением режима лечения у больных с АЗ длительно сохранялся синдром интоксикации, нередко наблюдались затяжной период плевральной экссудации и формирование выраженных утолщений плевральных листков. Так, нормализация температуры тела в течение 1-го мес. лечения в противотуберкулезном стационаре произошла лишь у 30 (58,82%) из 51 больного, поступившего в стационар с повышенной температурой. Нормализация СОЭ в общем анализе крови к концу 3-го мес. лечения отмечена у 17 (29,31%), в более поздние сроки – у 4 (6,90%) и не нормализовалась к моменту выписки из стационара – у 37 (63,79%) из 58 больных, поступивших с повышенной СОЭ. Прекращение плевральной экссудации, контролируемое при плевральных пункциях, произошло к концу 1-го мес. лечения у 23 (39,66%), к концу 2-го мес. – у 38 (65,52%), к концу 3-го мес. – у 48 (82,76%) и при выписке из стационара – у 50 (86,21%) из 58 больных, поступивших с наличием экссудата. У 8 больных экссудация значительно уменьшилась, но сохранялась, из них 2 – ушли из стационара самовольно, 4 – выписаны за систематическое пьянство, 1 – по настойчивой просьбе, 1 – переведен в хирургическое отделение для оперативного лечения. Средняя длительность стационарного лечения этих 8 больных составила $61,38 \pm 16,67$ дня. В процессе лечения произошло нагноение плеврального экссудата у 6 (11,32%) из 53 больных с наличием серозного экссудата при поступлении в стационар (при цитологическом исследовании экссудата увеличилось содержание нейтрофильных гранулоцитов до 50-95%). Общее число плевральных пункций зависело от вида плеврального экссудата (серозный или гнойный), длительности экссудации и сроков пребывания больных в стационаре. Среднее число пункций составило $17,98 \pm 1,37$. К моменту выписки больных из стационара плевральные изменения на рентгенограмме в виде утолщения плевры отсутствовали или были незначительными у 8 (12,90%), умеренными – у 36 (58,06%), выраженными – у 10 (16,13%) больных. У 8 (12,90%) больных плевральная экссудация сохранялась, причем у одного из них сформировалась хроническая туберкулезная эмпиема, потребовавшая оперативного лечения, у 7 – экссудация закончилась на амбулаторном этапе лечения.

В процессе лечения в стационаре у 23 (37,10%) больных с АЗ наблюдалось повышение уровня трансаминаз крови, в том числе у 18 больных с нормальным уровнем АлАт при поступлении в стационар и у 5 – нарастание изначально повышенных показателей. Причем повышение исходного уровня АлАт в 3 раза и более по сравнению с нормой отмечено у 5 (8,06%) больных. Назначение гепатотропных средств (карсил, эссливер форте, эссенциале форте Н, ЛИВ-52, гептрал и др.) при повышенных показателях функциональных проб печени способство-

вало улучшению биохимических показателей крови и позволило продолжить прием противотуберкулезных препаратов. Побочные реакции противотуберкулезной терапии в виде боли в эпигастрии, тошноты и рвоты наблюдались у 5 (8,06%) больных, в том числе на изониазид – у 2, на рифампицин – у 2 и на пиперазид – у 1 больного. При этом проводили коррекцию лечения.

Выводы

1. У больных с АЗ, сочетающейся с плевритом, инфильтративный туберкулез легких в 60,0% случаев локализуется в нижней доле, что следует учитывать при дифференциальной диагностике с пневмонией.

2. У больных туберкулезным плевритом и АЗ наблюдается сочетанное туберкулезное поражение легких и плевры в 53,23% случаев, двусторонняя локализация туберкулезного процесса – у 27,42%, деструкция легочной ткани – у 42,42% и выделение МБТ с мокротой – у 35,48% пациентов.

3. При туберкулезном плеврите у больных с АЗ методом пункционной биопсии плевры очаги казеозного некроза в толще плевры выявляются в 7,55%, ЭГКГ – в 64%, казеозный некроз в гранулемах – в 44% случаев.

4. Больные туберкулезным плевритом и АЗ характеризуются низким уровнем приверженности к лечению, сохранением влечения к употреблению спиртных напитков, что снижает эффективность лечебных мероприятий и диктует необходимость одновременной терапии туберкулеза и алкоголизма.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии у него конфликта интересов.

Conflict of Interests. The author state that he have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абилдаев Т. Ш., Бекембаева Г. С., Кастыкпаева Л. З. Основные факторы риска заболевания в очагах туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 3. – С. 33-35.
2. Баласанянц Г. С. Гепатотоксические реакции и гепатопротективная терапия во фтизиатрии // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 8. – С. 48-52.
3. Баласанянц Г. С. Социальные аспекты туберкулезной инфекции // Социология медицины. – 2013. – № 2 (23). – С. 28-32.
4. Барканова О. Н., Гагарина С. Г., Калуженина А. А. Туберкулез мозговых оболочек: диагностика, клиническое течение и реабилитация // Лечение и профилактика. – 2015. – № 4 (16). – С. 73-76.
5. Батыршина Я. Р., Краснов В. А., Петренко Т. И. Результаты лечения туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя и эффективность резекционной хирургии у пациентов с факторами риска неблагоприятных исходов // Туб. и болезни легких. – 2016. – № 5. – С. 28-34.
6. Батыршина Я. Р., Петренко Т. И. Факторы, ассоциированные с приобретенной устойчивостью *Mycobacterium tuberculosis* к фторхинолонам в Новосибирской области // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 5. – С. 26-34.
7. Белостоцкий А. В., Касаева Т. Ч., Кузьмина Н. В., Нелидова Н. В. Проблема приверженности больных туберкулезом к лечению // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 4. – С. 4-8.
8. Богородская Е. М., Смердин С. В., Стерликов С. А. Роль дополнительной социальной помощи больным туберкулезом в повышении медицинской и экономической эффективности лечения // Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях. – М.: НБЮ-ТЕРРА. – 2011. – П. 7. – С. 142-162.
9. Браженко Н. А., Браженко О. Н. Коморбидный туберкулез // Туб. органов дыхания: руководство для врачей / под ред. Н. А. Браженко. – СПб.: СпецЛит, 2012. – П. 10.6. – С. 300-307.
10. Гельберг И. С., Вольф С. Б., Алексю Е. Н., Шейфер Ю. А., Авласенко В. С. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью у злоупотребляющих алкоголем пациентов – важная проблема современной фтизиатрии // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 11. – С. 10-15.
11. Дробот Н. Н., Шевченко Н. П., Кондратьева Е. Г., Игошкина А. Я., Чернопласова И. Н. Туберкулез у больных с алкогольной и наркотической аддикцией // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 8. – С. 20-21.
12. Копылова И. Ф., Кобелева Г. В., Пьянзова Т. В., Байбородова Т. И. Летальные исходы у больных туберкулезом в динамике за 17 лет в Кемеровской области // Туб. и болезни легких. – 2016. – № 7. – С. 25-29.

REFERENCES

1. Abildaev T.Sh., Bekembaeva G.S., Kastykpaeva L.Z. Main risk factors in foci of drug resistance tuberculous infection. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 3, pp. 33-35. (In Russ.)
2. Balasanyants G.S. Hepatotoxic reactions and hepatoprotective therapy in tuberculosis control. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 8, pp. 48-52. (In Russ.)
3. Balasanyants G.S. Social aspects of tuberculous infection. *Sotsiologiya Meditsiny*, 2013, no. 2 (23), pp. 28-32. (In Russ.)
4. Barkanova O.N., Gagarina S.G., Kaluzhenina A.A. Tuberculosis meningitis: diagnostics, clinical course, rehabilitation. *Lecheniye i Profilaktika*, 2015, no. 4 (16), pp. 73-76. (In Russ.)
5. Batyrshina Ya.R., Krasnov V.A., Petrenko T.I. Treatment outcomes of multiple and extensive drug resistant tuberculosis and efficiency of surgical resections in the patients with high risk of unfavorable outcomes. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2016, no. 5, pp. 28-34. (In Russ.)
6. Batyrshina Ya.R., Petrenko T.I. Factors associated with acquired resistance of *Mycobacterium tuberculosis* to fluoroquinolones in Novosibirsk Region. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 5, pp. 26-34. (In Russ.)
7. Belostotskiy A.V., Kasaeva T.Ch., Kuzmina N.V., Nelidova N.V. Problem of treatment adherence in tuberculosis patients. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 4, pp. 4-8. (In Russ.)
8. Bogorodskaya E.M., Smerdin S.V., Sterlikov S.A. *Rol dopolnitelnoy sotsialnoy pomoshchi bolnym tuberkulezom v povyshenii meditsinskoy i ekonomicheskoy effektivnosti lecheniya. Organizatsionnye aspekty lecheniya bolnykh tuberkulezom v sovremennykh sotsialno-ekonomicheskikh usloviyakh.* [Role of additional social support to tuberculosis patients in the enhancement of medical and economic efficiency of treatment. Organizational aspects of tuberculosis patients treatment under current social-economic conditions]. Moscow, NEW TERRA Publ., 2011, Ch. 7, pp. 142-162.
9. Brazhenko N.A., Brazhenko O.N. *Komorbidnyy tuberkulez. Tub. organov dykhaniya: rukovodstvo dlya vrachey.* [Co-morbid tuberculosis. Respiratory tuberculosis. Doctors' guidelines]. Ed. by N.A. Brazhenko, St. Petersburg, SpetsLit. Publ., 2012, Ch. 10.6, pp. 300-307.
10. Gelberg I.S., Volf S.B., Alekso E.N., Sheyfer Yu.A., Avlasenko V.S. Multiple drug resistant tuberculosis in patients addicted to alcohol – a critical issue of the current tuberculosis control. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 11, pp. 10-15. (In Russ.)
11. Drobot N.N., Shevchenko N.P., Kondratieva E.G., Igoshkina A.Ya., Chernoplyasova I.N. Tuberculosis in the patients with alcohol and drug addiction. *Sovremennye Naukoemkie Tekhnologii*, 2012, no. 8, pp. 20-21. (In Russ.)
12. Kopylova I.F., Kobleva G.V., Pyanzova T.V., Bayborodova T.I. Changes in lethal outcomes in tuberculosis cases over 17 years in Kemerovo Region. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2016, no. 7, pp. 25-29. (In Russ.)

13. Менделевич В. Д. Проблема коморбидности туберкулеза и алкогольной зависимости: от клинических корреляций к организации интегративной помощи // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2015. – Т. XLVII, № 4. – С. 71-78.
14. Приказ МЗ РФ от 21 марта 2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». – М., 2003. – 347 с.
15. Сельцовский П. П., Плиева С. Л., Свистунова А. С. Факторы риска развития ранних рецидивов туберкулеза органов дыхания // Туберкулез и социально-значимые заболевания. – 2015. – № 3. – С. 4-10.
16. Суркова Л. К., Дюсмикева М. И., Артюшкевич В. С., Недзведь М. К., Скрягина Е. М. Туберкулез на фоне хронической алкогольной интоксикации: структура летальности, причины смерти и морфологические особенности // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 10. – С. 38-42.
17. Сухова Е. В. Копинг-стратегии больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и направления психосоциальной коррекции // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 2. – С. 28-33.
18. Сухова Е. В., Сухов В. М. Особенности семейных отношений у больных инфильтративным туберкулезом легких и рекомендации по лечебному взаимодействию // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 2. – С. 60-68.
19. Филинюк О. В., Фелькер И. Г., Янова Г. В., Буйнова Л. Н., Колоколова О. В. Факторы риска неэффективной химиотерапии больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 1. – С. 20-26.
20. Charlotte Anderson, Sarah R. Anderson, Helen Maguire, Andrew C. Hayward, Alistair Story. Tuberculosis in London: the convergence of clinical and social complexity // *Europ. Respir. J.* – 2016. – Vol. 48. – P. 1233-1236.
21. Daxini A. B., Pandey A. C., Vasava L. N. Alcohol abuse: A cause of default in tuberculosis treatment in rajkot // *J. Res. Med. Dental Science.* – 2015. – Vol. 3, № 3. – P. 182-184.
22. Peltzer K. Conjoint alcohol and tobacco use among tuberculosis patient in public primary healthcare in South Africa // *South Afr. J. Psychol.* – 2014. – Vol. 20, № 1. – P. 21-26.
13. Mendelevich V.D. Problem of co-morbid tuberculosis and alcohol addiction: from clinical correlations to integral care. *Nevrologichesky Vestnik. Journal Im. V.M. Bekhtereva*, 2015, vol. XLVII, no. 4, pp. 71-78. (In Russ.)
14. Edict no. 109 by RF MoH as of 21.03.2003 On Improvement of TB Control Measures in the Russian Federation. Moscow, 2003, 347 p. (In Russ.)
15. Seltsovskiy P.P., Plieva S.L., Svistunova A.S. Risk factors of early relapses of respiratory tuberculosis. *Tuberkulez i Sotsialno-Znachimye Zabolevaniya*, 2015, no. 3, pp. 4-10. (In Russ.)
16. Surkova L.K., Dyusmikeeva M.I., Artyushkevich V.S., Nedzved M.K., Skryagina E.M. Tuberculosis with concurrent chronic alcohol intoxication: structure of mortality, causes of death and specific morphological features. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 10, pp. 38-42. (In Russ.)
17. Sukhova E.V. Coping strategies in those suffering with fibrous cavernous tuberculosis and psycho-social correction. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 2, pp. 28-33. (In Russ.)
18. Sukhova E.V., Sukhov V.M. Specific family relations among those suffering from infiltrative pulmonary tuberculosis and recommendations on interaction during treatment. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 2, pp. 60-68. (In Russ.)
19. Filinyuk O.V., Felker I.G., Yanova G.V., Buynova L.N., Kolokolova O.V. Risk factors of chemotherapy failure in multiple drug resistant tuberculosis patients. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 1, pp. 20-26. (In Russ.)
20. Charlotte Anderson, Sarah R. Anderson, Helen Maguire, Andrew C. Hayward, Alistair Story. Tuberculosis in London: the convergence of clinical and social complexity. *Europ. Respir. J.*, 2016, vol. 48, pp. 1233-1236.
21. Daxini A.B., Pandey A.C., Vasava L.N. Alcohol abuse: A cause of default in tuberculosis treatment in Rajkot. *J. Res. Med. Dental Science*, 2015, vol. 3, no. 3, pp. 182-184.
22. Peltzer K. Conjoint alcohol and tobacco use among tuberculosis patient in public primary healthcare in South Africa. *South Afr. J. Psychol.*, 2014, vol. 20, no. 1, pp. 21-26.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Стогова Наталья Аполлоновна

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко»,
профессор кафедры фтизиатрии.

394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10.

E-mail: Stogova.51@mail.ru

Тел./факс: 8 (473) 237-28-53, 8 (473) 253-00-05.

Поступила 14.06.2016

FOR CORRESPONDENCE:

Natalya A. Stogova

Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko,
Professor of Tuberculosis Control Department.

10, Studencheskaya St.,

Voronezh, 394036

E-mail: Stogova.51@mail.ru

Phone/Fax: +7 (473) 237-28-53; +7 (473) 253-00-05.

Submitted as of 14.06.2016