

2. *Ивчик Т.В.* К оценке диагностического и прогностического значения функциональной активности альвеолярных макрофагов у больных хроническим бронхитом // Под ред. А. Н. Кокосова. Клиника и лечение хронического бронхита. — Л., 1980. — С. 40-44.
3. *Інструкція* про діагностику, клінічну класифікацію та лікування хронічного обструктивного бронхіту // Укр. хіміотерапевт. журн. — 2000. — №2. — С.65-68.
4. *Клинико-функциональные* особенности артериальной гипертонии при хроническом бронхообструктивном синдроме / В.С. Задонченко, Н.В. Кузьмичева, А.А. Свиридов и др. // Тер. архив. — 2000. — №1. — С.51-55.
5. *Наказ* МОЗ України №247 від 10.08.1998 “Про внесення змін і доповнень до Наказу МОЗ України №206 “Про заходи щодо поліпшення кардіологічної допомоги населенню України”.
6. *О подходах* к функциональной характеристике альвеолярных макрофагов в клинике / Д.Н. Маянский, Л.Д. Сидорова, Д.Д. Цырендоржиев и др. // Бюл. СО АМН СССР, 1986. — №6. — С.42-47.
7. *Серебрякова В.И.* Клинико-патогенетические особенности нейро-эндокринной регуляции при сочетании артериальной гипертонии с лабильной и стабильной обструкцией бронхов в возрастном и половом аспекте, коррекция выявленных нарушений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 1998. — 41с.
8. *Фещенко Ю.І.* Хронічні обструктивні захворювання легень // Укр. пульм. журн. — 1997. — №1. — С.5-9.
9. *Фуштей И.М.* Системная артериальная гипертония при хронических обструктивных заболеваниях легких: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук — Киев, 1992 — 44 с.
10. *BTS guidelines* for the management of chronic obstructive pulmonary disease // Ibid. — 1997. — №5. — P.1-28.
11. *Cosio M.G., Guerassimov A.* Chronic obstructive pulmonary disease: inflammation of small airways and lung parenchyma // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1999. — Vol.160, №5. — P.21-25.
12. *Shimura S.* Bronchoalveolar lavage in diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease // Nippon Rinsho. — 1999. — Vol.57, №9. — P.2005-2011.
13. *Thompson A.B., Rennard S.I.* The use of bronchoalveolar lavage (BAL) in the study of airway inflammation // Arch. Monaldi Mal. Torace. — 1990. — Vol. 45, №2. — P.133-150.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ С СОЧЕТАННОЙ МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Р.В. Разумный

Резюме

Изучены основные показатели неспецифической реактивности бронхов у 40 больных хроническим обструктивным бронхитом с нормальным уровнем системного артериального давления и у 39 — с сопутствующей мягкой артериальной гипертонией. Выявлено, что при сопоставимой по клиническим проявлениям тяжести обострения хронического обструктивного бронхита в случаях сочетанной мягкой артериальной гипертонии, на фоне уменьшения численности популяции нейтрофилов происходит более выраженное увеличение цитоза, десквамации эпителия бронхов, миграции АМ в бронхоальвеолярное пространство, угнетение функционирования, жизнеспособности, метаболической активности эпителиоцитов и АМ. При этом медленная положительная динамика выявленных нарушений, является не только следствием прогрессирования заболевания, более глубокого поражения трахеобронхиального дерева, но и отражает новое качество болезни.

NONSPECIFIC BRONCHIAL REACTIVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS WITH CONCOMITANT MILD ARTERIAL HYPERTENSION

R. V. Razumnyy

Summary

The basic indices of nonspecific bronchial reactivity were studied in 40 chronic obstructive bronchitis patients with normal levels of systemic arterial pressure and in 39 patients with concomitant mild arterial hypertension. It was revealed, that in patients with the same grade of severity of chronic obstructive bronchitis the presence of concomitant mild arterial hypertension led to pronounce decrease of neutrophils population, marked increase of cells in bronchial secretions, the desquamation of bronchial epithelium, the migration of alveolar macrophages to the bronchial-alveolar area, the suppression of function, viability and metabolic activity of epithelial cells and alveolar macrophages. In this case the slow positive dynamics of detected impairment was not only a consequence of progressive disease and deeper involvement of trachea-bronchial tree, but also reflected a new level of disease.

УДК:616.233:616.24-002.5

С.Б. Норейко, Н.И. Мирошниченко, С.М. Лепшина ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ БРОНХОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Данные литературы по изучаемому вопросу весьма противоречивы. По результатам бронхоскопического исследования 223 больных туберкулезом (ТБ) легких, воспалительные изменения слизистой оболочки бронхов выявлены у 154 (69,1 %) больных [6]. Эндобронхит (ЭБ) катаральный диагностирован в 39,9 % случаев, слизисто-гнойный — в 11,7 %, гнойный в 9,9 %, гипертрофический — в 4,5 % и субатрофический — у 3,1 % больных. Авторы приходят к заключению о том, что ЭБ при туберкулезе легких носит характер неспецифической ре-

акции слизистой бронхов, возможно перифокального характера. В качестве сопутствующих туберкулезу неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) в 38,7 % случаев выявлен хронический обструктивный бронхит (ХОБ), в 15,0 % — хронический необструктивный бронхит (ХНБ), бронхиальная астма (БА) — у 2,2 % больных.

Локальные формы хронического бронхита (ХБ) выявлены у 33,3 % больных, диффузные — в 55,9 % случаев [6]. В 1966–1970 годах туберкулез бронхов выявляли у 24,6–19,4 % больных ТБ легких, неспецифический бронхит — в 12,4–8,6 % случаев, причем с каждым годом отмечалась тенденция к уменьшению числа

© НОРЕЙКО С.Б., МИРОШНИЧЕНКО Н.И., ЛЕПШИНА С.М., 2002

больных с впервые выявленным туберкулезным и неспецифическим бронхитом [13]. По материалам бронхологической службы г. Донецка [3], частота туберкулезного поражения бронхов в 1972–1974 гг., по сравнению с данными 1962–1964 гг., уменьшилась с 30 % до 11 %. Выявляемость локальных форм неспецифического бронхита выросла с 4 до 17 %. На частоту специфического поражения бронхов влияла распространенность деструктивных изменений легочной паренхимы. У больных с гигантскими полостями ТБ бронхов выявлен в 39,0 % случаев и у 51 % больных — на фоне поликавернозных изменений [3].

Наряду с общей тенденцией к уменьшению частоты ТБ эндобронхитов, наблюдалось учащение локализованных форм катаральных ЭБ с 12 % в 1965–67 гг. до 17 % в 1972–1974 гг. Высказано мнение о том, что дренажный катаральный бронхит является проявлением туберкулеза [2, 3]. При бронхоскопическом исследовании 922 больных ТБ легких неспецифический ЭБ, преимущественно катаральный, выявлен у 57,3 % больных [14]. Автор рассматривает ЭБ в качестве параспецифической реакции слизистой бронхов на туберкулезную инфекцию. Частота эндобронхитов, по данным разных авторов, колеблется в широких пределах: от 10,6 % [17] до 90,8 % [22]. На частоту ТБ бронхов существенно влияет возраст больных и активность ТБ процесса в легких [17].

Специфические изменения в мелких бронхах, гистологически подтвержденные, выявляются в 100 % случаев, в проксимальных бронхах — в 80–60 % [7]. Так, если при бронхоскопическом исследовании больных очаговым ТБ туберкулез бронхов выявлен в 7,7 % случаев, то мелкие бронхи были поражены туберкулезным процессом в 90,1 % случаев [15]. При топографической диагностике ТБ бронхов методом ступенчатой биопсии [8] было установлено, что развитие туберкулезного эндобронхита возможно бронхогенным путем из основного участка поражения легочной ткани в 62 % случаев и аденогенного из бронхопульмональных лимфатических узлов у 38 % больных [8].

Соотношение ТБ бронхов с частотой выявляемости неспецифического ЭБ весьма отличается по данным разных источников литературы. В работах, выполненных до возникновения эпидемии ТБ в Украине [3, 5, 6, 18, 22, 23], приведены данные о преобладающей частоте неспецифических эндобронхитов. В период эпидемии ТБ специфическое поражение бронхов стали выявлять чаще, чем неспецифические бронхиты [21].

Этиологическая диагностика эндобронхитов будет неполной, если не учитывать патоморфоз туберкулеза в связи с изменениями биологических свойств микобактерий (МБТ) в эру антибактериальной терапии, появлением L-форм и ревертантных штаммов МБТ [12].

Клиническая картина бронхиальной формы L-микобактериоза [4, 12] обычно расценивается как проявление ХНЗЛ [4]. Этиологическим фактором этого варианта бронхита являются L-формы МБТ, длительная вегетация которых в организме больных с остаточными туберкулезными изменениями после химиотерапии способствует изменению иммунореактивности и ведет к параспецифическим проявлениям в виде хронического вялотекущего воспалительного процесса в бронхах. Крайняя

позиция в этиологической диагностике бронхита у больных ТБ легких состоит в том, что туберкулез бронхов может быть самостоятельной формой туберкулеза и предшествовать развитию патологических изменений в легочной ткани [1, 7, 23]. Однако общепринятой является концепция, согласно которой ТБ трахеи и бронхов не может быть самостоятельным и первичным в хронологической последовательности заболеванием. Ему предшествуют и сопутствуют активные туберкулезные изменения в легких и/или внутригрудных лимфоузлах. При наиболее частом спутогенном поражении бронхов, МБТ проникают через крипты слизистых желез в подслизистый слой стенки бронхов [19]. В соответствии с этими представлениями о патогенезе ТБ бронхов, как о патологическом процессе в дыхательных путях, возникающем всегда после развития ТБ легких, есть основание искать взаимосвязь между характером изменений легочной паренхимы и формой ТБ процесса в бронхах.

Целью работы было изучение частоты и характера патологических применений в бронхах, выявляемых при бронхологическом исследовании больных активными формами туберкулеза легких. Для решения поставленной цели были проанализированы результаты 16139 бронхоскопий, выполненных с 1970 по 2000 годы бронхологической службой Донецкой областной клинической туберкулезной больницы. Наряду с фибробронхоскопией в большинстве случаев применялась жесткая бронхоскопия при помощи бронхоскопа Фриделя в условиях внутривенного барбитуратового наркоза с использованием миорелаксантов.

Кроме визуальной оценки эндоскопической картины, в соответствии с общепринятой классификацией эндобронхиальной патологии [10], проводились заборы бронхоальвеолярных смывов для дальнейшего цитологического и бактериологического исследования, в показанных случаях — биопсия бронхиальной стенки.

В данном сообщении обсуждаются только результаты 16139 бронхоскопических исследований больных за период с 1970 по 2000 годы.

В соответствии с полученными результатами доминирующей формой бронхиальной патологии был эндобронхит туберкулезной этиологии, который был выявлен у 13145 больных, что составило в среднем 81,5 %. В начале изучаемого периода (с 1970 по 1974 гг.) удельный вес специфической бронхиальной патологии составил 71,1 %, а в течение последнего десятилетия на фоне эпидемии туберкулеза он достиг 88,0 %. Количество пациентов с нормальным состоянием слизистой оболочки бронхов уменьшилось в 10 раз и составило 2,0 % в 1995–2000 гг. по сравнению с 20,6 % случаев в 1970–1974 гг.

Удельный вес больных с диффузными неспецифическими изменениями бронхиальных стенок, патогномичными для хронического обструктивного бронхита, достиг наибольшего значения — 16,2 % в период с 1985 по 1989 годы. Во время эпидемии туберкулеза в Донецком регионе [12], начиная с 1995 года, наблюдается достоверное уменьшение до 10 % числа больных с неспецифическими изменениями в дыхательных путях.

Из 13145 больных с изменениями стенок бронхов специфического генеза, локальные формы ТБ бронхов

выявлены у 2641 больного (20,1 %), диффузные — у 9509 (72,3 %), рубцовые деформации — у 995 больных (7,6 %).

Инфильтративный ТБ бронхов наблюдался в среднем у 8,1 % больных. Частота выявления этой формы ТБ была практически постоянной в течение всего периода, а отклонения от среднего значения были не достоверны.

Ограниченный катаральный ЭБ выявлен у 597 (4,5 %) больных. Его локализация во всех случаях соответствовала сегменту, в котором располагался участок деструкции легочной ткани. Локальный гнойный ЭБ впервые зарегистрирован в 1980–1984 гг. лишь у 15 больных, что составило 0,6 % в структуре бронхиальной патологии.

В следующие годы наблюдается неуклонный и достоверный рост контингента больных ТБ легких с региональным гнойным эндобронхитом.

На фоне эпидемии ТБ (1995–2000 гг.) локальный гнойный эндобронхит выявлен у 229 (17,8 %) больных, что было в 29,7 раза чаще, чем в 1980–1984 годах. Ограниченный катарально-гнойный ЭБ наблюдался только в 0,4 % случаев (у 59 больных). В процессе динамического наблюдения было установлено, что эта форма ЭБ является фазой развития гнойного ЭБ, но чаще она выявляется на фоне предшествующего лечения как этап неполной инволюции катарально-гнойного ЭБ в катаральную форму ЭБ.

Рубцовый ТБ бронхов в 1970–74 гг. выявлен у 181 (9,0 %) больного и только у 38 (3,0 %) больных в 1995–2000 годах. Рубцовый ТБ бронхов выявляли на фоне длительной химиотерапии после прекращения бактериовыделения у больных с санированными, но не зажившими кавернами. Рубцовые эндобронхиальные деформации выявлены у 552 (4,2 %) больных, излеченных от локальных форм ЭБ. Экстрабронхиальные деформации наблюдались у 443 (3,4 %) больных гематогенно-диссеминированными формами туберкулеза, при кониотуберкулезе, а также у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Диффузные формы ТБ бронхов без сочетания с локальными изменениями выявлены у 9509 (72,3 %) больных.

Катаральные формы диффузного ЭБ наблюдались в 38,6 % случаев с постоянной частотой во все периоды наблюдения. Диффузный гнойный ЭБ до 1995 года выявляли у 13,0 % больных; во время эпидемии ТБ (1995–2000 гг.) его частота уменьшилась в 5 раз и составила 2,6 %.

У 712 (5,4 %) больных диффузные изменения слизистой оболочки дыхательных путей соответствовали картине атрофического ЭБ. В подавляющем большинстве случаев эта форма ЭБ наблюдалась у пожилых мужчин, имевших длительный стаж работы на производстве с вредными условиями труда в горнодобывающей, химической и металлургической промышленности. Гипертрофическая форма диффузного ЭБ выявлена у 1471 (11,2 %) больных. Следует особым образом подчеркнуть, что локальные формы туберкулезного ЭБ без реактивных воспалительных изменений слизистой оболочки бронхов диффузного характера наблюдались лишь у 4,5 % больных. Поэтому диффузные варианты эндобронхитов туберкулезной этиологии, как самосто-

ятельные, так и сочетанные с локальными формами ЭБ, выявлены в среднем у 95,5 % больных активными формами ТБ в острой фазе заболевания. В половине случаев диффузный ЭБ был односторонним и соответствовал преимущественной локализации деструктивных изменений в легочной ткани.

По выраженности воспалительных изменений в слизистой бронхов выделен эндобронхит 1, 2 и 3 степени. В целом у больных диффузными и смешанными формами ЭБ, 1-я степень воспаления наблюдалась в 30 %, 2-я — в 55,5 % и 3-я — в 10 % случаев. У больных с двусторонними диффузными формами ТБ эндобронхита более высокая степень воспалительных изменений наблюдалась в слизистой оболочке бронхов на стороне преимущественной локализации ТБ процесса в легких.

По результатам 16139 бронхоскопических исследований больных туберкулезом легких за период с 1970 по 2000 годы установлено, что нормальная эпидемиологическая картина выявлена лишь у 1118 больных, что составляет 6,9 %. Патологические изменения слизистой бронхов были у 15021 больных, что составило 93,1 % всего изучаемого контингента. У 81,5 % больных эндобронхит был проявлением специфического процесса, в 11,6 % случаев носил характер неспецифического бронхита.

Эпидемия туберкулеза сопровождалась увеличением удельного веса эндобронхита туберкулезной этиологии с 71,1 % до 88,0 % и пропорциональным уменьшением численности больных неспецифическим ЭБ с 16,2 % до 10 %. Количество больных ТБ легких с нормальным состоянием слизистой оболочки бронхов с 1995 года уменьшилось в 10 раз по сравнению с 1970–1974 гг. и составило 2 %. Частота локального гнойного ЭБ увеличилась в 30 раз, а диффузного гнойного ЭБ — уменьшилась в 5 раз и составила в 1995–2000 годах 2,6 %.

Наиболее яркой особенностью эпидемического туберкулеза является увеличение диффузных форм ЭБ специфической этиологии до 95,5 % от общей популяции больных активными формами туберкулеза легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрикосов А.И.* Частная патологическая анатомия. Москва: Медгиз — 1947. — Т.3. — С. 122–125.
2. *Беленький М.С., Балон Н.Б.* К бронхоскопической классификации бронхитов // Бронхологические методы диагностики заболеваний легких — Ленинград, 1971. — С. 75–77.
3. *Беленький М.С., Балон Н.Б.* Состояние бронхов при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких // Пробл. туб. — 1975. — № 10. — С. 42–44.
4. *Бутенко Г.Е.* Особенности патогенеза хронических бронхитов с клиническими проявлениями аллергии и остаточными туберкулезными изменениями // Этиология и патогенез инфекционного процесса при острых и хронических заболеваний легких: Сб. науч. тр. Всесоюз. НИИ пульмонологии. — Ленинград, 1982. — С. 93–94.
5. *Бескова А.И., Байарстанова К.А., Семенов А.А.* Поражение бронхов у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // Пробл. туб. — 1990. — № 8. — С. 70.
6. *Вильдельман А.М., Доставалова Э.П., Бусыгина Р.Н., Котигер Л.Я.* Хронические неспецифические заболевания легких и туберкулез. — Кишинев: Штиинца, 1988. — 155 с.
7. *Жингель И.П.* Туберкулез бронхов — проблема бронхологии или фтизиатрии? // Пробл. туб. — 2000. — № 4. — С. 43–46.
8. *Исмаилов Ш.Ш., Адено М.М., Имамбаев Ж.А.* Ступенчатая био-

- псия в діагностиці туберкульозу бронхів // Пробл. туб. — 2000. — № 1. — С. 21–23.
9. *Кужко М.М., Курило С.М., Процько Л.М., Джавад І.В.* Бронхообструктивний синдром як актуальна проблема сучасної фтизіатрії (к вопросу о патогенезе, діагностиці, клінічному теченні) // Укр. пульмонол. журн. — 2000. — № 1. — С. 25–28.
 10. *Лукомский Г.И., Шулуто М.Л., Виннер М.Г., Овчинников А.А.* Бронхопальмонология. — Москва: Медицина, 1982. — 398 с.
 11. *Минстер В.А.* Вперше виявлений деструктивний туберкульоз легких у больових з бронхіальною обструкцією // Пробл. туб. — 1985. — № 7. — С. 7–10.
 12. *Норейко Б.В., Лепшина С.М., Норейко С.Б.* Туберкульоз на рубежі тисячелетт. — Донець: Китис, 1999. — 116 с.
 13. *Огай И.В.* Діагностична цінність трахеоскопії в клініці легочного туберкульозу // Бронхологічні методи діагностики захворювань легких. — Ленінград, 1971. — С. 65–66
 14. *Сорокіна Т.А.* Неспецифічні ендобронхіти у больових туберкульозом легких (клініко-рентгеноморфологічне дослідження) // Автореф. дис. на соиск. уч. ст. к.м.н. — Москва, 1970. — 26 с.
 15. *Стреліс А.К., Романов А.И.* Характер ураження бронхів при очаговому туберкульозі легких // Пробл. туб. — 1982. — № 1. — С. 32–34.
 16. *Тарасов А.С., Яблонская А.С.* Туберкульоз бронхів при реактивній специфічного процесу в внутрігрудних лімфатических вузлах // Пробл. туб. — 1984. — № 4. — С. 23–26.
 17. *Тамашакина Г.Н.* Частота і характер ураження бронхіальної системи у больових туберкульозом органів дихання в сучасних умовах // Пробл. туб. — 1999. — № 6. — С. 26–30.
 18. *Усенко Ю.Д.* Стан бронхіальної системи у больових туберкульозом легких пожилого і стареческого віку // Пробл. туб. — 1983. — № 2. — С. 28–29.
 19. *Філіппов В.П.* Туберкульоз верхніх дихальних шляхів, трахеї і бронхів // Туберкульоз органів дихання / под ред. А.Г. Хоменко — Москва: Медицина, 1981. — С. 285–294.
 20. *Худзик Л.Б., Лупалова І.Р., Мозолова Т.И., Іванова Л.С.* Туберкульоз і хронічні бронхіти // Пробл. туб. — 1994. — № 2. — С. 24–26.
 21. *Шальмін А.С.* Комплексне бронхологічне дослідження больових, излеченних от туберкульозу легких // Пробл. туб. — 1984. — № 4. — С. 33–35.
 22. *Шальмін А.С.* Діагностика бронхіальної обструкції у больових з вперше виявленим деструктивним туберкульозом легких в умовах протитуберкульозного диспансера // Пробл. туб. — 1987. — № 3. — С. 27–28.
 23. *Lundenkrankheiten im Rontgebild.* — Leipzig, 1957. — P. 340–347.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ БРОНХОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

С.Б. Норейко, Н.И. Мирошніченко, С.М. Лепшина

Резюме

По результатам 16139 бронхоскопических исследований больных туберкулезом легких за период с 1970 по 2000 годы патологические изменения в бронхах выявлены в 93,1 %. У 81,5 % больных эндобронхит был проявлением туберкулезного процесса, в 11,6 % случаев был неспецифического генеза. Наиболее важной особенностью эпидемического туберкулеза является увеличение доли диффузных форм эндобронхита специфической этиологии до 95,5 % от общей популяции больных активными формами туберкулеза легких.

INCIDENCE AND CHARACTER OF BRONCHIAL PATHOMORPHOLOGIC FINDINGS IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

S.B. Noreyko, N.I. Miroshichenko, S.M. Lepshina

Summary

We analyzed the results of 16139 bronchoscopies in patients with pulmonary tuberculosis, performed during a period from 1970 till 2000, and in 93,1 % of cases revealed the pathomorphologic findings in bronchi: in 81,5 % — tuberculous endobronchitis, in 11,6 % — nonspecific inflammation. The main peculiarity of epidemic tuberculosis was an increase of specific diffuse forms of endobronchitis, comprising 95,5 % cases of all pulmonary tuberculosis cases.

УДК 615.03:616-056.3:616-002.5

Б.М. Пухлик, М.А. Тхоровський, І.М. Горбатюк, В.Б. Русанова ПРОБЛЕМА ЛІКАРСЬКОЇ АЛЕРГІЇ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Вінницький медичний університет ім. М.І. Пирогова

Немає ніяких сумнівів у тому, що проблема лікарської алергії (ЛА) еволюціонує разом із розвитком хіміотерапії захворювань. За даними різних авторів [2, 4, 8, 15, 16] частота ЛА в останні десятиріччя коливається від 1–2 % серед населення різних країн, досягаючи 10–12 % серед осіб, які тривало вживають ліки. Наявність ЛА у хворих є значною перепоною в ефективному лікуванні відповідних захворювань. Це має не тільки суто медичні, але й негативні економічні наслідки, адже зростає вартість лікування, витрати на перебування подібних хворих у стаціонарі, сплати по тимчасовій чи стійкій втраті працездатності тощо [1, 7]. Існують (але не в нашій країні) також дані щодо смертності від ЛА [2, 7]. Таким чином очевидно, що проблема ЛА є досить важливою і не заслуговує на “забуття”, як це, на жаль, спостерігається в останній час в Україні.

Особливо важливою є проблема побічних реакцій (включаючи ЛА) на лікарські препарати у протитуберкульозних закладах [1, 3, 7, 9, 10]. Це пояснюється тривалою й інтенсивною поліхіміотерапією, яку отримують хворі на туберкульоз (Тб). З іншого боку, є дуже важливим притримуватися сталих схем лікування цього захворювання, чому заважає наявність ЛА. Таким чином, шляхи попередження виникнення ЛА чи її загострень, вміння своєчасно виявити ЛА і призначити адекватне лікування, по-суті, є заходами, спрямованими на підвищення ефективності лікування Тб [4, 7, 9, 10, 11]. Саме ці міркування лежать в основі нашого повернення до проблеми ЛА серед хворих на Тб, пошуку шляхів удосконалення діагностики ЛА в протитуберкульозних закладах. Причому, зважаючи на реалії сьогодення, свої зусилля ми спрямували на прості, доступні для впровадження у кожній протитуберкульозній установі діагностичні тести.

Слід нагадати, що в Україні свого часу було зроблено чимало для налагодження діагностики ЛА у про-