

морфометрії у 17 хворих (43,6 %) контрольної групи в м'язовому шарі слизової оболонки бронхів виявлені зміни: м'язові волокна розташовані хаотично, змінена направленість м'язових волокон, м'язова тканина переважує над сполучною тканиною. Товщина м'язових волокон була в межах (0,055±0,01) мм.

Таким чином, характер патологічних змін в слизовій оболонці бронхів у хворих на туберкульоз легень в поєднанні з хронічним бронхітом зростає в міру обтяження специфічного процесу і залежав від морфологічної форми неспецифічного ураження: найбільш виражені морфологічні зміни в слизовій оболонці бронхів спостерігались при фіброзно-кавернозному і дисемінованому туберкульозі легень з катарально-склеротичною та склеротичною формами бронхіту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бескова А. И., Байарстанова К. А., Семенов А. А. Поражение бронхов у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза. — 1990. — № 8. — С. 70.
2. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний органов дыхания / В. Н. Молотков, О. М. Иванюта, Е. И. Сулов и др. // Киев: Здоров'я, 1985. — 171 с.
3. Лукомский Г. И., Шлутко М. Л., Виннер М. Г. Бронхопневмонология. — Москва: Медицина, 1982. — 423 с.
4. Непомнящих Г. И. Патологическая анатомия и ультраструктура бронхов при хроническом воспалении легких. — Новосибирск: Наука, Сиб. отд., 1979. — 296 с.
5. Сулов Е. И. Идентификация форм бронхита новым гистологическим методом / XIII съезд терапевтов Украины: Сб. резюме. К., 1992. — С. 158.
6. Сулов Е. И. Особенности заболевания легких в условиях радиационного поражения // Ежегодный конгресс по болезням органов дыхания. — Флоренция, 1993. — С. 2909.
7. Феценко Ю. И. Проблемы хронических обструктивных заболеваний легких // Укр. пульмонолог. журн. — 2002. — № 1 — С. 5–10.
8. Феценко Ю. И. Туберкулез в Україні // Укр. пульмонолог. журн. — 1996. — № 3. — С. 5–6.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ БРОНХІВ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗИ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ

С. М. Куріло

Резюме

Вивчені особливості стану слизової оболонки бронхів у 44 хворих на туберкульоз легень в поєднанні з хронічним бронхітом та у 39 хворих тільки з специфічним процесом за допомогою гістологічних, гістохімічних методів дослідження та морфометрії. Встановлено, що характер патологічних змін в слизовій оболонці бронхів у хворих на туберкульоз легень в поєднанні з хронічним бронхітом зростає в міру обтяження специфічного процесу і залежав від морфологічної форми неспецифічного ураження бронхів.

MORPHOLOGIC PECULIARITIES OF BRONCHIAL MUCOUS MEMBRANE IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS COMBINED WITH CHRONIC BRONCHITIS

S. M. Kurilo

Summary

There were studied the peculiarities of bronchial mucous membrane of 44 patients with pulmonary tuberculosis combined with chronic bronchitis and 39 patients with a pulmonary tuberculosis alone, using histological and histochemical methods, and morphometry. It was established that the nature of pathologic changes in the bronchial mucous membrane of patients with pulmonary tuberculosis combined with chronic bronchitis was enhanced by the aggravation of a specific process and depended on the morphologic form of a non-specific lesion of the bronchi.

А. А. Чумак, В. А. Сушко, Н. В. Беляева, И. В. Абраменко, П. К. Бойченко РОЛЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Научный центр радиационной медицины АМН Украины

В связи с широкой распространенностью цитомегаловируса (ЦМВ) в популяции и его способностью персистировать в различных типах клеток (эндотелий сосудов, дендритные клетки кожи, эпителий протоков слюнных желез, поджелудочной железы, толстого кишечника, бронхов, дистальных отделов нефронов, кора надпочечников, клетки глии и передней доли гипофиза, нейроны головного мозга), в последние годы все чаще предметом исследований является влияние вируса на течение различных соматических заболеваний [7, 8, 11, 12].

Ранее нами была выявлена высокая инфицированность ЦМВ в группе участников ликвидации последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС, страдающих хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) [3]. Для этой патологии характерны выраженные нарушения иммуно-

логического статуса организма, а в терапии больных существенное место занимают мероприятия, направленные на их коррекцию [1, 2]. Поэтому ЦМВ как патоген, использующий целый комплекс защитно-приспособительных механизмов, угнетающих противовирусный иммунитет, может усугублять течение ХОБ. В этой связи цель данной работы состояла в изучении показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных ХОБ в зависимости от инфицированности ЦМВ.

Объект и методы исследования

Обследовано 229 больных хроническими заболеваниями бронхолегочной системы. Среди них 164 участника ЛПА, в том числе 36 реконвалесцентов острой лучевой болезни, ОЛБ (основная группа) и 65 больных, жителей г. Киева, не принимавших участие в ЛПА (контрольная нозологическая группа). Среди обследованных преобладали мужчины: 90,85 % в основной и 82,81 % в контрольной группе. Возраст пациентов обеих групп также был близок

Таблиця 1

**Нозологические формы хронических заболеваний
бронхолегочной системы у обследованных больных**

Группы больных	Количество больных с нозологическими формами:		
	хронический необструктивный бронхит	хронический обструктивный бронхит	эндогенная бронхиальная астма
Основная группа, всего	39	110	15
В том числе: участники ЛПА	27	87	14
реконвалесценты ОЛБ	12	23	1
Контрольная группа, всего	31	22	12

(49,83±3,70 и 51,17±1,33 лет, соответственно). Дозы внешнего облучения были определены у 84 больных. Они варьировали от 0,04 до 0,88 Зв у участников ЛПА и превышали 1,0 Зв у реконвалесцентов ОЛБ (18 пациентов перенесли ОЛБ I ст., 15 — ОЛБ II ст. и 3 — ОЛБ III ст.). Сравнение отдельных параметров проводили с группой 36 практически здоровых лиц (доноров), обследованных теми же методами и в тот же период времени.

Распределение больных по нозологическим формам заболеваний представлено в табл. 1.

Анти-ЦМВ антитела класса IgG и IgM определяли иммуноферментным методом с использованием тест-систем фирмы DSL, США.

Субпопуляции иммунокомпетентных клеток в венозной крови исследовали методом лазерной проточной цитофлюориметрии в прямом иммунофлюориметрическом тесте с помощью панели моноклональных антител серии Leu (Becton Dickinson, США).

Уровни сывороточных иммуноглобулинов определяли методом простой радиальной диффузии [10].

Результаты исследования

Частота серологических признаков ЦМВ-инфекции у больных хроническими заболеваниями бронхолегочной системы была высокой: они определялись у 90,24 % больных основной и 70,76 % пациентов контрольной нозологической группы, что превышало показатели среди доноров — 44,44 % ($p < 0,001$). Различия между основной и контрольной нозологической группами также были достоверными ($\chi^2 = 13,63$; $p < 0,001$) и обуславливались разницей в частоте встречаемости ЦМВ у больных хроническими необструктивными бронхитами (ХНБ) (табл.2). Инфицированность ЦМВ больных ХОБ и эндогенной бронхиальной астмой (ЭБА) была одинаково высокой в обеих группах.

Анти-ЦМВ антитела класса IgM, свидетельствующие об активном характере инфекции, были выявлены у 18,18 % больных основной и 13,4 % — контрольной нозологической группы, что значительно выше, чем у практически здоровых лиц (5,51 %; $p < 0,05$). IgM антитела чаще встречались у больных ЭБА (26,6 %), чем при бронхите (17,64 %, $p < 0,05$).

Титры анти-ЦМВ антител класса IgG у больных с хронической бронхолегочной патологией были преимущественно высокими, что определяли по величине оптической плотности. Относительное число больных с высокими титрами анти-ЦМВ IgG антител составило 57,44 % в основной группе и 47,82 % — в контрольной нозологической

Таблиця 2

**Частота серологических признаков ЦМВ-инфекции
у обследованных больных**

Группы больных	Количество больных с нозологическими формами:		
	хронический необструктивный бронхит	хронический обструктивный бронхит	эндогенная бронхиальная астма
Основная группа, всего	39	110	15
В том числе: ЦМВ-позитивные	35(89,74 %)	98(89,09 %)	15(100 %)
ЦМВ-негативные	4	12	0
Контрольная группа, всего	31	22	12
В том числе: ЦМВ-позитивные	17(54,84 %)*	17(77,27 %)	12(100 %)
ЦМВ-негативные	14	5	0

Примечания: * — различия в частоте встречаемости ЦМВ между основной и контрольной группой достоверны ($\chi^2 = 11,01$; $p < 0,001$).

кой. Это значительно выше, чем в группе участников ЛПА в целом (31,94 %, $p < 0,001$) и жителей г. Киева, не принимавших участие в ЛПА (23,61 %, $p < 0,001$), обследованных нами в тот же период времени с применением идентичных тест-систем [5]. У больных ЭБА выявлялись только высокие и средние титры IgG антител.

Таким образом, для больных хроническими бронхолегочными заболеваниями характерна высокая частота встречаемости цитомегаловирусной инфекции в фазе реактивации, о чем свидетельствуют выявление анти-ЦМВ антитела класса IgM и высокие титры IgG антител. Наиболее часто активная ЦМВ-инфекция выявлялась у больных ЭБА.

Мы не обнаружили достоверных различий в инфицированности ЦМВ у больных основной и контрольной группы, страдающих ХОБ. В то же время у участников ЛПА, больных ХНБ, анти-ЦМВ антитела определялись чаще, чем в контрольной группе. Это может быть следствием непосредственного влияния ионизирующего излучения на активацию ЦМВ, о чем свидетельствует обнаруженная тенденция зависимости величины титров анти-ЦМВ антител от дозы полученного внешнего облучения ($r = 0,2613$; $p = 0,059$). Возможен и опосредованный эффект ионизирующего излучения — реактивация ЦМВ вследствие развития у участников ЛПА других видов соматической патологии, частота которой резко повышена у данного контингента лиц [4].

С целью выяснения возможного вклада ЦМВ в течение хронических заболеваний бронхолегочной системы нами были изучены некоторые показатели клеточного и гуморального иммунитета у ЦМВ-позитивных и ЦМВ-негативных больных хроническим бронхитом как с наличием обструктивного синдрома, так и без него (табл. 3). Учитывая однотипность показателей иммунитета в основной и контрольной группе, данные были объединены для повышения валидности.

У больных ХНБ не выявлено достоверных различий в показателях, характеризующих иммунологический статус организма, в зависимости от инфицированности ЦМВ. У ЦМВ-позитивных больных ХОБ по сравнению с ЦМВ-неинфицированными было повышено относительное содержание CD8⁺ лимфоцитов и, соответственно, снижено хелперно-супрессорное соотношение CD4/CD8, что сов-

Таблиця 3

Некоторые показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных хроническим бронхитом в зависимости от инфицированности цитомегаловирусом

Показатели	Хронический необструктивный бронхит		Хронический обструктивный бронхит	
	ЦМВ- n = 14	ЦМВ+ n = 19	ЦМВ- n = 15	ЦМВ+ N = 85
IgM, г/л	1,16±0,10	1,17±0,05	1,23±0,09	1,16±0,04
IgG, г/л	10,41±1,07	10,25±0,37	9,53±0,66	10,38±0,24
IgA, г/л	2,23±0,14	1,99±0,13	2,15±0,20	2,03±0,05
CD3, %	69,24±3,92	67,23±2,03	65,45±2,31	68,05±0,99
CD4, %	38,97±2,95	37,55±1,58	43,21±1,56	39,25±0,79
CD8, %	31,97±3,00	33,39±1,31	26,74±1,78*	30,78±0,86
Коэффициент CD4/CD8	1,30±0,17	1,19±0,07	1,77±0,19*	1,40±0,06
CD22, %	8,86±1,01	7,21±0,71	8,09±0,89	9,95±0,66

Примечание: * — различия достоверны при $p < 0,05$ у ЦМВ-позитивных и ЦМВ-негативных больных ХОБ.

падает с результатами, полученными другими авторами [15]. Известно, что в патогенезе ХОБ большое значение придают повышению активности CD8⁺ лимфоцитов, которые секретируют цитокины, такие, как гамма-интерферон и интерлейкин-1 (ИЛ-1), способствующие развитию бронхообструкции [6, 14]. В свою очередь, наличие ЦМВ, особенно в форме активной инфекции, изменяет иммунологический профиль организма в сторону повышения функциональной активности CD8⁺ цитотоксических лимфоцитов и Т-хелперов первого типа и также способствует выработке вышеуказанных цитокинов [13]. В этой связи Jeffery P.K. указывает на возможную роль вирусной инфекции в модулировании иммунологического ответа у больных ХОБ [9].

Полученные предварительные данные, свидетельствующие о высокой ЦМВ-инфицированности и частой реактивации инфекции у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких, на наш взгляд, могут быть использованы в комплексной терапии больных хроническими обструктивными заболеваниями бронхолегочной системы.

Выводы

1. Для больных хроническими заболеваниями бронхолегочной системы характерна высокая инфицированность ЦМВ, причем достаточно часто инфекция диагностируется в активной форме. Наиболее часто признаки ЦМВ-инфекции выявляются у больных зБА и ХОБ, реже — ХНБ.

2. В группе участников ЛПА анти-ЦМВ антитела выявлялись достоверно чаще, чем в контрольной нозологической группе. Выявлена тенденция зависимости величины титров анти-ЦМВ антител от дозы полученного внешнего облучения, что свидетельствует о возможном непосредственном влиянии ионизирующего излучения на активацию ЦМВ.

3. Повышение относительного содержания CD8⁺ лимфоцитов в зависимости от инфицированности ЦМВ, обнаруженное у больных ХОБ, может иметь патогенетическое значение, учитывая известные данные о роли CD8⁺ лимфоцитов в развитии бронхообструкции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Варианты нарушений иммунного статуса у больных хроническим бронхитом* / Чернушенко Е. Ф., Фещенко Ю. И., Круглова И. Ф. и др. // Укр. пульмонолог. журн. — 2000. — № 1. — С. 12–15.
2. *Чернушенко Е. Ф., Фещенко Ю. И.* Принципы иммунодиагностики и иммунотерапии при заболеваниях легких // Укр. пульмонолог. журн. — 2000. — № 2. — С. 5–8.
3. *Чумак А. А., Абраменко И. В., Білоус Н. І. та ін.* Носійство цитомегаловірусу та бронхолегеневі захворювання учасників ліквідації аварії на ЧАЕС і реконвалесцентів гострої променевої хвороби // Укр. пульмонолог. журн. — 2003. — № 2. — С. 403.
4. *Чумак А. А., Базыка Д. А., Беляева Н. В.* Иммунологические эффекты у реконвалесцентов острой лучевой болезни — результаты тринадцатилетнего мониторинга // Межд. журн. радиац. медицины. — 2000. — Т. 1, № 5. — С. 63–82.
5. *Чумак А. А., Бойченко П. К.* Роль ионизирующего излучения в реактивации цитомегаловирусной инфекции // Иммунология та алергологія. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 43–46.
6. *Agostini C., Trentin L., Adami F.* Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): new insights on the events leading to pulmonary inflammation // Sarcoidosis Vasc. Diffuse Lung Dis. — 2003. — Vol. 20, N 1. — P. 3–7.
7. *Benoist C., Mathis D.* Autoimmunity provoked by infection: how good is the case for T cell epitope mimicry? // Nat. Immunol. — 2001. — Vol. 9, N 8. — P. 797–801.
8. *Cytomegalovirus as a hepatotropic virus* / Dangerfield B., Carlidge J., Zeitler D. et al. // Clin. Lab. — 2002. — Vol. 48, N 1–2. — P. 39–44.
9. *Jeffery P. K.* Lymphocytes, chronic bronchitis and chronic obstructive pulmonary disease // Novartis Found Symp. — 2001. — Vol. 234, N 1. — P. 149–161.
10. *Mancini G., Carbonaria A. O., Hermans I. E.* Immunochemical quantitation of antigens by single radial diffusion // Immunochemistry. — 1965. — Vol. 2, N 2. — P. 235–236.
11. *Mundle S., Allampallam K., Aftab R. K.* Presence of activation-related m-RNA for EBV and CMV in the bone marrow of patients with myelodysplastic syndromes // Cancer Lett. — 2001. — Vol. 164, N 2. — P. 197–205.
12. *Possible triggering effect of cytomegalovirus infection on systemic lupus erythematosus* / Nawata M., Seta N., Yamada M. et al // Scand. J. Rheumatol. — 2001. — Vol. 30, N 6. — P. 360–362.
13. *Tabi Z., Moutaftsi M., Borysiewicz L. K.* Human cytomegalovirus pp65- and immediate early 1 antigen-specific HLA class I-restricted cytotoxic T cell responses induced by cross-presentation of viral antigens // J. Immunol. — 2001. — Vol. 166, N 9. — P. 5695–5703.
14. *Takizawa H.* Role of inflammatory cells in the development of airway inflammation // Nippon Rinsho. — 2003. — Vol. 61, N 12. — P. 2107–2112.

РОЛЬ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

А. А. Чумак, В. А. Сушко, Н. В. Беляева, И. В. Абраменко, П. К. Бойченко

Резюме

При обследовании 229 больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (164 участника ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС — основная группа, 65 жителей г. Киева — контрольная группа) выявлена высокая инфицированность цитомегаловирусом (ЦМВ) — 90,24 % в основной и 70,76 % в контрольной группе. ЦМВ-инфицированность больных хроническим обструктивным бронхитом ассоциировалась с повышенным содержанием CD8⁺ лимфоцитов, что может быть одной из причин усугубления бронхообструкции.

THE ROLE OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN THE PATHOGENESIS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN LIQUIDATORS OF CHERNOBYL NPP ACCIDENT

A. A. Chumak, V. A. Sushko, N. V. Belyaeva, I. V. Abramenko, P. C. Boychenko

Summary

A high prevalence of cytomegalovirus (CMV) infection was revealed during the examination of 229 patients with chronic

obstructive pulmonary diseases (164 liquidators of Chernobyl NPP accident of the main group and 65 inhabitants of Kyiv city as a control group). It consisted 90,24 % in the main and 70,76 % in con-

trol group. CMV-positivity in patients with chronic obstructive bronchitis was associated with the increased level of CD8+ lymphocytes, that could negatively influence the bronchial obstruction.

И. В. Лискина

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПЛЕВРИТЫ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В УКРАИНЕ

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины

Традиционно туберкулёз является одной из основных этиологических причин поражения плевры и вплоть до последнего времени служит классическим примером плеврита [2, 6]. В настоящее время в связи с внедрением в клиническую практику многих стран ранних инвазивных торакоскопических диагностических стратегий и глобальными изменениями эпидемиологической ситуации с туберкулёзом вновь достаточно часто стал наблюдаться туберкулез плевры [8, 11].

В последнее десятилетие в Украине наблюдается неуклонный количественный рост случаев синдрома плеврального выпота (ПВ) [1, 3, 4]. Если учитывать факт официально объявленной эпидемии туберкулеза в Украине, то неудивительно, что отмечается также отчетливая тенденция роста именно туберкулезных плевритов среди населения [1].

Целесообразно уточнить само понятие термина "туберкулезный плеврит". С морфологических позиций его синонимами являются понятия специфического воспалительного поражения плевральных листков или туберкулез плевры. Иногда клиницисты, в частности, в русскоязычной медицинской литературе, под термином туберкулезный плеврит понимают не только собственно туберкулёз плевры, но и так называемые реактивные плевриты, осложняющие течение легочных форм туберкулеза. В определенной степени это оправдано с позиций лечебной тактики. Тем не менее, согласно определения патологической анатомии, последние типы плевритов по существу представляют собою пример неспецифического воспалительного процесса в плевральных листках, поэтому применять относительно к ним термин "туберкулезный плеврит" представляется некорректным. В зарубежной литературе термином "туберкулёзный плеврит" (ТБ плеврит) обозначают только процесс специфического воспалительного поражения плевральных листков [6]. Традиционно с морфологических позиций туберкулезные плевриты относятся к гранулематозным плевритам [11]. Классическим объяснением сущности развития плевритов туберкулезной этиологии является понятие о возникновении в организме реакции гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) на микобактерии туберкулеза. Тем не менее, в настоящее время накопленный фактический материал привел к распространению мнения о роли двух основных факторов в патогенезе этих плевритов — ГЗТ и непосредственной инвазии инфекционного агента в листки плевры [8].

Целью нашего исследования было выяснение динамики некоторых эпидемиологических показателей ту-

беркулезных плевритов в период эпидемии туберкулеза в Украине с учетом их современных клинико-анатомических особенностей.

Материалы и методы исследования. В качестве исходного материала для ретроспективного обзора были выбраны и проанализированы статистические талоны всех пациентов Института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского за 1996–2002 гг., у которых в заключительном диагнозе фигурировал "туберкулезный плеврит" — как основное заболевание или же как осложнение какой-либо формы туберкулеза органов дыхания. Затем были отобраны для изучения истории болезни этой группы больных с целью уточнения диагностических алгоритмов и комплекса методов их обследования. Во всех проанализированных случаях диагноз "туберкулезный плеврит" был установлен впервые в клиниках института. Он основывался на жалобах пациентов, данных клинико-физиологического обследования, рентгенологической картине заболевания, на результатах цитологического исследования плеврального экссудата, в незначительном числе случаев — на результатах микробиологических посевов из плевральной жидкости и в ряде случаев (приблизительно в одной трети) — с гистологическим подтверждением (по биопсиям ткани париетальной плевры, полученной во время выполнения торакоскопии с биопсией у этих пациентов). Следует отметить, что диагностический алгоритм по основным этапам его проведения совпадал с общепринятым в настоящее время для установления диагноза "ТБ плеврит" [7].

Результаты исследования. Анализ показателей таблицы 1 свидетельствует о том, что в изучаемый период времени, и особенно с 1998 года, наблюдается значительный рост как абсолютного количества, так и удельного веса туберкулезных плевритов среди всех случаев синдрома плеврального выпота, причем тенденция такого численного роста сохраняется вплоть до настоящего времени. А именно, по сравнению с 1996–1997 гг. количество ТБ плевритов в 2001–2002 гг. возросло в 3,1 раза. Очевиден факт преобладания среди больных мужчин — в среднем они болеют в 2,5 раз чаще, чем женщины; кроме того, не отмечается достоверной динамики этого соотношения в изучаемый период времени (таблицы 1 и 2).

Туберкулезные плевриты могут иметь острое, подострое и хроническое течение, что в значительной степени определяет их клиническую симптоматику. В целом для ТБ плевритов характерна малая симптоматичность, часто не коррелирующая с объективной степенью выраженности специфического воспаления у пациентов. Эта особенность объясняет весьма значительную вариабельность длительности периода от начала заболевания до