

© Корнага С.І., П'ятночка І.Т., Корнага Н.В., 2006
УДК 616.24-002.5-078.7

С.І. Корнага, І.Т. П'ятночка, Н.В. Корнага

ТУБЕРКУЛІНОВА ЧУТЛИВІСТЬ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Проаналізовано результати проби Манту з 2 ТО ППД-Л у 1 552 госпіталізованих хворих на вперше діагностований туберкульоз легень. Із загальної кількості хворих сумарний відсоток позитивних і гіперергічних туберкулінових реакцій становив 90,5 % (у т.ч. позитивних – 83,8 %, гіперергічних – 6,7 %), сумнівних – 1,9 % і негативних – 7,6 %. Вища частота та інтенсивність туберкулінових реакцій спостерігалась у жінок, мешканців міста; з віком наставало закономірне їх зниження. Інтенсивність туберкулінових реакцій залежала і від клінічної форми туберкульозу легень, зокрема при первинних формах, а також при плевриті та туберкульомі проби були яскравішими, ніж при дисемінованій та фіброзно-кавернозній.

Туберкульоз є глобальною проблемою. Половина населення світу інфікована мікобактеріями туберкульозу. Значне зростання останніми роками захворюваності на туберкульоз призвело до появи тяжких форм туберкульозу, які майже не спостерігалися в останні десятиріччя, тобто відбувся своєрідний патоморфоз туберкульозу [1]. Це зумовлено різними негативними чинниками, а також особливостями людського організму і, передусім, його реактивністю [2, 3]. За цих умов спостерігається зміна специфічної реактивності в інфікованих [4] та у хворих на вперше діагностований туберкульоз. Вивчення цього процесу і стало метою дослідження.

Матеріали і методи

Проаналізовані результати туберкулінової чутливості за пробою Манту з 2 ТО ППД-Л у 1 552 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласному протитуберкульозному диспансері в 2001-2004 рр. Осіб чоловічої статі було 1 126 (72,6 %), жіночої – 426 (27,4 %), віком від 3 до 73 років, переважали пацієнти з сільської місцевості.

Результати досліджень та їх обговорення

Серед клінічних форм туберкульозу первинні форми (первинний туберкульозний комплекс і

туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів) були у 78 (5,0 %), дисемінована – у 303 (19,5 %), вогнищева – у 346 (22,3 %), інфільтративна (в т.ч. казеозна пневмонія) – у 648 (41,7 %), туберкульома – у 24 (1,6 %), фіброзно-кавернозна (в т.ч. циротична) – у 20 (1,3 %) і туберкульозний плеврит – у 133 (8,6 %) осіб. Порожнини розпаду виявлені у 621 (40,0 %), мікобактерії туберкульозу виділяли 676 (43,5 %) хворих. Пробу Манту проводили в перші дні після госпіталізації пацієнта. Результати туберкулінової чутливості в обстежуваних оцінювали за пробою Манту з 2 ТО ППДЛ. Пробу Манту виконувала одна кваліфікована медсестра. Результати туберкулінової чутливості оцінювались цією ж медсестрою через 72 год після проби шляхом вимірювання поперечного розміру (відносно осі руки) шкірного інфільтрату (папули) за допомогою прозорої міліметрової лінійки. Інтерпретація проби Манту: негативна туберкулінова реакція – інфільтрат відсутній або наявна лише реакція на укол (0-1 мм), сумнівна – інфільтрат розміром 2-4 мм або лише гіперемія, позитивна – інфільтрат діаметром 5 мм і більше; у дітей і підлітків гіперергічними вважають реакції з інфільтратом 17 мм і більше, у дорослих – 21 мм і більше, і везикуло-некротичні реакції, незалежно від розміру інфільтрату, з лімфангітом чи без нього [1].

Аналіз результатів туберкулінової чутливості у 1 552 хворих на туберкульоз легень дозволив констатувати: проба Манту була позитивною у 1 301 (83,8 %) пацієнтів, гіперергічною – у 103 (6,8 %), сумнівною – у 30 (1,9 %) і негативною – у 118 (7,6 %) осіб. Середній розмір інфільтрату у туберкуліно-позитивних пацієнтів становив $(13,36 \pm 0,10)$ мм, зокрема у чоловіків – $(13,32 \pm 0,12)$ мм, у жінок – $(13,47 \pm 0,19)$ мм ($P > 0,05$).

Ступінь туберкулінової чутливості у хворих на туберкульоз легень залежно від статі, віку і місця їх проживання наведено в таблиці 1.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таблиця 1

Туберкулінова чутливість у хворих на вперше діагностований туберкульоз (%)

Фактор		Абс. число	Результати проби Манту з 2 ТО				
			позитивні + гіперергічні	позитивні	гіперергічні	сумнівні	негативні
Стать	чоловіча	1 126	89,7	84,1	5,6	2,0	8,3
	жіноча	426	92,5	83,1	9,4*	1,6	5,9
Вік (роки)	до 14	61	96,7	57,4	39,3	3,3	0,0
	15-20	178	96,1	85,4	10,7**	0,6	3,3**
	21-40	609	92,8	88,0	4,8**	1,5	5,7**
	41-60	500	87,4**	83,2	4,2**	2,0	10,6**
	>60	204	84,8**	79,4	5,4**	3,4	11,8**
Місце проживання	місто	623	93,4	85,2	8,2	1,4	5,2
	село	929	88,5**	82,9	5,6***	2,3	9,2***
Усіх обстежених		1 552	90,5	83,8	6,7	1,9	7,6

Примітки: * – достовірна різниця від значень у чоловіків; ** – від осіб до 14 років; *** – від мешканців міста (P<0,01–0,001).

Відсоток гіперергічних туберкулінових реакцій у хворих жінок більший, ніж у чоловіків (P<0,02), і, в той же час, у них відсоток негативних реакцій вищий, ніж у жінок (P>0,05). Це, мабуть, зумовлено більшою схильністю жіночого організму до алергізації та меншою кількістю тяжких форм туберкульозу у жінок. Проте, деякі автори вважають, що інтенсивність туберкулінової чутливості значною мірою залежить від віку хворого, а не від ступеня туберкулінової інтоксикації та поширеності специфічного процесу [2]. Результати наших досліджень, в основному, підтверджують таку думку (табл. 1). Так, сумарний відсоток позитивних і гіперергічних реакцій, починаючи з дитячого віку, поступово, а після 40 років – закономірно, зменшувався (P<0,001). У дитячому віці він становив 96,7 %, в осіб віком понад 60 років – 84,8 %. Частота гіперергічних реакцій у всіх вікових категоріях, порівняно з хворими дітьми,

була достовірно нижчою, у той час як відсоток негативних реакцій – навпаки (P<0,001). Це слід враховувати при діагностиці туберкульозу і прогнозі захворювання.

У літературі ми не знайшли повідомлень про туберкулінову чутливість у хворих жителів села та міста. Як видно з таблиці 1, відсоток туберкулінової чутливості та її ступінь були вищими в осіб, які проживали в містах, ніж у пацієнтів із сільської місцевості (P<0,001). Це свідчило про підвищену сенсibiliзацію мешканців міст до різних алергенів, у тому числі хворих на туберкульоз до туберкуліну.

У літературі минулих десятиріч наводилися дані про туберкулінову чутливість при різних клінічних формах туберкульозу, проте немає таких даних за останні роки. Цю прогалину ми намагались компенсувати в цьому повідомленні (табл. 2).

Таблиця 2

Туберкулінова чутливість у хворих залежно від клінічної форми туберкульозу (%)

Клінічна форма туберкульозу	Абс. число	Результати проби Манту з 2 ТО				
		позитивні + гіперергічні	позитивні	гіперергічні	сумнівні	негативні
Первинні форми	78	96,2	60,3	35,9	2,5	1,3
Дисемінована	303	80,8*	79,2	1,6*	2,0	17,2*
Вогнищева	346	93,4	84,7	8,7*	1,4	5,2*
Інфільтративна (в т.ч. казеозна пневмонія)	648	92,0	86,9	5,1*	1,7	6,3*
Туберкульома	24	95,8	83,3	12,5*	-	4,2
Фіброзно-кавернозна і циротична	20	80,0	80,0	-	15,0	5,0
Плеврит	133	96,2	91,0	5,2*	-	3,8
Усіх хворих	1 552	90,5	83,9	6,6	1,9	7,6

Примітка. * – достовірна різниця порівняно з первинними формами туберкульозу (P<0,05-0,001).

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Як свідчать результати дослідження туберкулінової чутливості у хворих з різними клінічними формами туберкульозу легень (табл. 2), сумарний відсоток позитивних і гіперергічних реакцій найбільший в осіб з первинними формами туберкульозу, найнижчий у пацієнтів з дисемінованим ($P < 0,01$), фіброзно-кавернозним туберкульозом легень ($P > 0,05$). Це підтверджує повідомлення авторів минулих десятиріч [2, 3]. Стосовно гіперергічної туберкулінової чутливості, то вона найчастіше спостерігалася у хворих з первинними формами туберкульозу – у 35,9 %, рідше у пацієнтів з туберкульозом – у 12,5 % і вогнищевим туберку-

льозом – у 8,7 %. Одночасно відсоток хворих з анергією (негативними туберкуліновими пробами) найчастіше був при дисемінованому (17,2 %) туберкульозі легень порівняно з первинними формами ($P < 0,001$), що свідчить про виражену специфічну й загальну ареактивність організму внаслідок вираженої туберкульозної інтоксикації, поширеності процесу та його ускладнень.

Підтвердженням цього можуть бути порівняльні результати дослідження стосовно туберкулінової чутливості у хворих з бактеріовиділенням і без нього, а також з розпадом легеневої тканини і без розпаду, що наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

Туберкулінова чутливість у хворих з деструктивним і бацилярним туберкульозом легень (%)

Показник	Абс. число	Результати проби Манту з 2 ТО					
		позитивні + гіперергіч.	позитивні	гіперергічні	сумнівні	негативні	
МБТ	+	676	88,61	84,91	3,70	2,51	8,88
	-	876	91,90*	82,99	8,91*	1,48	6,62
CV	+	621	87,76	84,70	3,06	2,25	9,99
	-	931	92,26**	83,24	9,02**	1,72	6,02**

Примітки: * – достовірна різниця між хворими з з МБТ «+» та МБТ «-», ** – між хворими з деструкцією і без деструкції ($P < 0,05-0,001$).

З таблиці 3 видно, що у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з бактеріовиділенням і порожнинами розпаду інтенсивність туберкулінової проби була нижчою, ніж у пацієнтів без МБТ і порожнин розпаду. В останніх відсоток гіперергічних, сумарно гіперергічних і позитивних реакцій вищий, ніж у хворих з бактеріовиділенням і порожнинами розпаду ($P < 0,05$). До того ж, у хворих з деструктивним процесом відсоток негативних туберкулінових реакцій значно перевищував відсоток таких же у пацієнтів без розпаду легеневої тканини ($P < 0,01$).

До речі, вважаємо за необхідне навести середні розміри інфільтрату позитивної реакції на пробу Манту з 2 ТО при різних клінічних формах туберкульозу легень, зокрема, при первинних формах – ($12,33 \pm 0,47$), дисемінованій – ($12,82 \pm 0,28$), вогнищевій – ($13,90 \pm 0,26$), інфільтративній – ($13,29 \pm 0,17$), туберкульомі – ($15,58 \pm 0,61$), фіброзно-кавернозній – ($13,00 \pm 0,89$) і туберкульозному плевриті – ($13,51 \pm 0,42$) мм.

Загалом, середні розміри інфільтрату при позитивній пробі Манту з 2 ТО коливались у діапазоні від ($12,82 \pm 0,28$) до ($15,58 \pm 0,61$) мм і в середньому становили ($13,36 \pm 0,10$) мм.

Висновки

1. У мешканців міст, хворих на туберкульоз, туберкулінова чутливість значніша, ніж у пацієнтів

із сільської місцевості. Сумарний відсоток позитивних і гіперергічних реакцій у хворих жінок вищий, ніж у чоловіків, і з віком знижується незалежно від статі.

2. Сумарний відсоток гіперергічних і позитивних туберкулінових реакцій найвищий у хворих на первинні форми, туберкульому і специфічний плеврит; найнижчий в осіб з дисемінованою і фіброзно-кавернозною формами туберкульозу легень.

3. У хворих на вперше діагностований деструктивний бацилярний туберкульоз легень туберкулінова чутливість знижена, а в окремих випадках і негативна.

4. Загалом, інтенсивність туберкулінової чутливості при пробі Манту з 2 ТО залежить від статі, віку, місця проживання хворого, наявності чи відсутності бактеріовиділення, клінічної форми туберкульозу легень, що слід враховувати при діагностиці, диференційній діагностиці та лікуванні хворих на туберкульоз.

Література

1. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. – Київ: Здоров'я, 2002. – 904 с.
2. Бельський М.С. Клиническая туберкулинодиагностика. – Киев: Здоров'я, 1984. – 88 с.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

3. Чернушенко Е.Ф., Когосова Л.С. Иммунология и иммунопатология заболеваний лёгких. – Киев: Здоров'я, 1981. – 207 с.

4. Мельник В.П., Солонинка Г.Я., Панасюк О.В. Інфікування студентів м. Києва мікобактеріями туберкульозу // Укр. пульмонолог. журнал. – 2005. – № 3. – С. 11-15.

TUBERCULIN SENSITIVITY IN FIRST DIAGNOSED LUNG TUBERCULOSIS PATIENTS

S.I. Kornaha, I.T. Pyatnochka, N.V. Kornaha

SUMMARY. The analysis of results of Mantoux test with 2 TU PPD-L is carried out at 1552 first diagnosed

lung tuberculosis patients hospitalized in to antitubercular hospital. The summary percentage of positive and hyperergy tuberculin reactions among the total quantity of patients, has made 90,5 %, (including 6,7 % – hyperergy), doubtful – 1,9 % and negative – 7,6 %. More often intensity tuberculin reactions also more expressed was observed at patients of a female, city dwellers; with age there came their natural decrease. Intensity tuberculin reactions depend on the clinical form of lung tuberculosis, in particular, at primary forms, and also, pleurisy and tuberculomas, tests were more expressed, rather than at disseminated and fibrous-cavernous lung tuberculosis.

© Вайс В.В., 2006
УДК 577.125.8:616.517

В.В. Вайс

ВИВЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ

Ужгородський національний університет

Наведено результати газохроматографічного аналізу жирнокислотного складу ліпідів сироватки крові у хворих на псоріаз. Встановлено характерні зміни ліпідного метаболізму за рахунок вмісту есенціальних ЖК, які необхідно враховувати під час розробки тактики індивідуальної терапії.

Етіологія псоріазу до сьогодні не вивчена. Запропоновано чимало гіпотез, серед яких вагоме місце займає інфекційна природа цієї недуги. Так, у таких хворих суттєво знижений рівень імуноглобулінів, що пов'язують з розвитком вторинного імунодефіциту. У патогенезі псоріазу велика увага приділяється й порушенню обміну речовин, його впливу на біомембранні процеси та енергетичний обмін на різних стадіях метаболізму ліпідів. Порушення ліпідного метаболізму в організмі веде до серйозних змін в органах і тканинах, що пов'язано з якісним і кількісним складом вищих жирних кислот (ЖК) [1]. Висока метаболічна активність ненасичених ЖК, участь їх у структурно-функціональних взаємозв'язках біологічних мембран визначають важливість

вивчення цього класу ліпідів при патологічних станах. У доступній нам літературі мало інформації про якісний і кількісний склад вищих ЖК у сироватці крові хворих на псоріаз [2, 3].

Метою дослідження було вивчення жирнокислотного складу ліпідів сироватки крові у хворих на псоріаз методом газорідної хроматографії (ГРХ).

Матеріали і методи

Досліджено 64 хворих на псоріаз віком 18-72 роки. Для контролю використовували лабораторні дані цієї ж вікової групи (15 осіб). Діагноз встановлювали згідно з анамнестичними даними, даними клінічного, лабораторного та інструментального обстеження.

Підготовку біологічних проб і газохроматографічний аналіз здійснювали за методикою [4]. У спектрі ЖК ліпідів було ідентифіковано 6 найбільш інформативних ЖК: С 16:0 пальмітинову, С 18:0 стеаринову, С 18:1 олеїнову, С 18:2 лінолеву, С 18:3 ліноленову, С 20:4 арахідонову.

Піки ЖК ідентифікували шляхом порівняння з часом утримання піків стандартних ЖК. Кількісну оцінку ЖК ліпідів