

ребер в свете учения П.Г. Корнева должно быть комплексным, наряду с этиотропной противотуберкулезной терапией используют хирургические технологии.

Материалы и методы. Мы наблюдали 14 пациентов в возрасте от 32 до 68 лет (13 мужчин и одна женщина). Сопутствующий легочный туберкулез был у всех больных: инфильтративный в фазу распада и обсеменения — у 4, инфильтративный с формированием туберкулом на фоне лечения — у 1, осумкованный плеврит туберкулезной этиологии — у 1, фиброзно-кавернозный туберкулез в фазу инфильтрации и обсеменения — у 3, диссеминированный туберкулез легких — у 1, посттуберкулезный пневмосклероз — у 2. Диссеминированные формы составили более 80 %. Наиболее информативным рентгенологическим методом исследования была фистулография через свищевой ход или при пункции «холодного» натечника на грудной стенке. На прямых фистулограммах хорошо видна подкожная гнойная полость, иногда с жировыми секвестрами, свищевыми ходами вдоль ребра. У половины больных определялись тонкие свищевые ходы внутрь грудной клетки, которые проходят в предплевральной или преперикардиальной ткани и слепо заканчиваются на задней поверхности ребер (реберных хрящев). Бактериологическое исследование содержимого натечника и биоптатов пиогенной капсулы позволило идентифицировать возбудителя у 6 человек (42,9 %).

Всем больным проведена этиотропная терапия туберкулеза с учетом чувствительности флоры, а также хирургическое лечение в объеме абсцессэктомии и резекции пораженных фрагментов ребер. При подкожной абсцессэктомии у 10 больных дно гнойной полости было образовано участком ребра, лишенным надкостницы и изъеден-

ным в виде «тающего сахара», у 4 наружная надкостница была сохранена. У 13 больных наряду с этим выявлены свищевые ходы в межреберьях: у 4 они были одиночными и большого диаметра, у 9 — множественными и небольшого диаметра. В дальнейшем проводили ревизию всех свищевых ходов, их рассечение, удаление пиогенной капсулы и резекцию пораженных участков ребер. Линия резекции ребра располагалась не ближе 5 см от видимой глазом границы поражения. Полость раны промывали раствором хлоргексидина, послойно ушивали с оставлением дренажей. В последующем по дренажам вводили противотуберкулезные препараты (наряду с системной химиотерапией) до полной облитерации полости раны. При гистологическом исследовании пиогенной капсулы во всех случаях обнаружены казеозные гранулемы с клетками Пирогова—Лангханса. В отдаленные сроки у двух больных отмечали рецидив процесса в виде формирования натечника в области послеоперационного рубца, который был связан с радикальной резекцией ребра и требовал этапных операций удаления измененной костной ткани.

Выводы. Таким образом, основным методом выявления туберкулеза ребер явилась фистулография. Бактериологическая верификация диагноза оказалась возможной лишь у 42,9 % больных, основой подтверждения специфического характера процесса явилось гистологическое исследование пиогенной оболочки натечника. Во всех случаях определена резистентность к препаратам основного ряда. Граница резекции ребра должна быть не ближе 5 см от видимой глазом границы поражения, радикальность операции при этом составляет 85,7 %. Хирургическое вмешательство необходимо рассматривать как обязательный компонент лечения больных туберкулезом ребер.

УДК 616.24-002.5-07-084:614.23/.25

Использование специфических кожных тестов для диагностики туберкулеза у медицинских работников фтизиатрической службы

О.И. Белогорцева, Я.І. Доценко, И.Е. Шехтер, М.А. Садловская

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Киев, Украина

E-mail: aseev-alex@mail.ru

Актуальность. Медицинские работники относятся к группе риска по заболеванию туберкулезом (ТБ). Его распространенность среди медицинских работников Украины имеет тенденцию к снижению, что является результатом постоянного медицинского наблюдения за работающими. Совершенствование диагностики ТБ является важной задачей, поскольку проба Манту недостаточно чувствительна для диагностики латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ). Такие больные являются резервуаром для развития ТБ.

Цель работы — сравнить результаты пробы Манту и теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у сотрудников фтизиатрической службы для своевременной диагностики латентной туберкулезной инфекции.

Исследование проведено за государственные средства.

Материалы и методы. С помощью теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) и пробы Манту были обследованы 25 сотрудников фтизиатрической службы, среди них 84 % женщин и 16 % мужчин. Врачей было 52 %, среднего и младшего медицинского персонала — 48 % со стажем работы от 0 до 38 лет.

Результаты. При анализе результатов пробы Манту у 84 % обследованных отмечался положительный результат пробы Манту, что свидетельствует о вероятной сенсибилизации к МБТ. Результаты теста с АТР значительно отличались: у 64 % обследованных сотрудников результат теста с АТР был отрицательным, из них у 32 % со стажем до 5 лет работы во фтизиатрической службе, от 6 до 10 лет — у 12 %, от 11 до 20 лет — у 12 % и более 21 года — у 8 %. Позитивный или сомнительный результат теста с АТР отмечался у 36 %, при этом со стажем до 10 років — у 16 %, более 10 лет — у 20 %. Гиперергический результат зафиксирован у 16 %, все со стажем работы от 9 до 38 лет.

Учитывая высокую чувствительность и специфичность теста с АТР, более углубленное обследование (с использованием компьютерной томографии органов грудной полости и других исследований) и проведение профилактики туберкулеза, после теста с АТР было показано только 36 %. После тщательного дообследования у 1 из сотрудников (врача-фтизиатра терапевтического профиля) выявлена активная форма туберкулеза легких.

Применение специфического теста с АТР у работников фтизиатрической службы позволяет своевременно выявлять наиболее уязвимые контингенты, которые нуждаются в срочном обследовании, в т. ч. по показани-

ям – проведении компьютерной томографии. Тест с АТР рекомендуют использовать в промежуточный период между рентгенологическими исследованиями для повышения эффективности диагностики туберкулеза.

УДК 616.248-06:616.314.18-002.4]-036

Захворювання на парадонтит у хворих на бронхіальну астму

М.П. Бровчук¹, О.П. Букач², П.В. Бровчук³, А.Г. Чік³, Б.Я. Булеза⁴, Б.В. Кузьмик⁵, М.А. Кузьмик⁶, В.М. Кузьмик⁷, Є.Ю. Локота⁸, Ю.Є. Локота⁸, Ф.В. Білинець⁹

¹ Рахівська станція екстреної медичної допомоги, Рахів, Україна (E-mail: LazorVV@yandex.ru)

² Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна (E-mail: mamka_oljka@mail.ru)

³ ДЗ «Українська алергологічна лікарня МОЗ України», Солотвино, Україна (E-mail: chonka@speleoterapia.org)

⁴ Обласна клінічна лікарня імені А. Новака, Ужгород, Україна (E-mail: bohdana@mail.ru)

⁵ Обласна психіатрична лікарня, Берегове, Україна (E-mail: mkyzmik@mail.ru)

⁶ Ужгородський національний університет, кафедра психології, Ужгород, Україна

⁷ Ужгородський національний університет, кафедра громадського здоров'я, Ужгород, Україна (E-mail: mkyzmik@mail.ru)

⁸ Ужгородський національний університет, стоматологічний факультет, Ужгород, Україна

⁹ Закарпатський територіальний центр екстреної медичної допомоги, Ужгород, Україна (E-mail: mkyzmik@mail.ru)

Захворювання на парадонтит у хворих на бронхіальну астму висвітлено в літературі недостатньо, тому метою дослідження було виявлення парадонтиту у хворих на цю недугу.

Матеріали та методи. Дослідження проводили у 76 хворих на бронхіальну астму (БА), яких лікували від нападів ядухи інгаляційними препаратами, за допомогою небулайзерів та без них.

Залежно від терміну користування інгаляційними препаратами хворих розподілили на три групи:

1-ша — інгаляції протягом до 5 років;

2-га — 5—10 років;

3-тя — понад 10 років.

А також розподілили на дві групи тих хворих, які користувалися інгаляційними препаратами за допомогою небулайзера, і тих, які не використовували його.

Отже, симптоми парадонтиту у хворих на БА бувають значно рідше у тих пацієнтів, які використовують небулайзери для інгаляційної терапії, порівняно з тими, які не використовують їх. Інгаляційні препарати без

Таблиця 2. Поява симптомів парадонтиту у хворих 2-ї групи

Симптом	Проводили небулайзерну терапію	Не проводили небулайзерну терапію
Неприємний запах із рота	7	31
Наліт на зубах	11	33
Зміна кольору слизової оболонки	13	35
Похитування зубів	15	29
Кровоточивість ясен	3	23
Порушення проміжку між зубом і яснами	5	27
Свербіж у роті	5	39
Гіперчутливість зубів	5	33
Порушення зубо-ясенного з'єднання	3,5	21
Зміна альвеолярного виростка щелепи	1,5	3
Оголення зубів 1 : 1	0,5	5
Оголення зубів 2 : 1	—	3
Болочистість підщелепних лімфовузлів	—	—

Таблиця 3. Поява симптомів парадонтиту у хворих 3-ї групи

Симптом	Проводили небулайзерну терапію	Не проводили небулайзерну терапію
Неприємний запах із рота	45	87
Наліт на зубах	23	79
Зміна кольору слизової оболонки	19	95
Похитування зубів	11	83
Кровоточивість ясен	15	85
Порушення проміжку між зубом і яснами	27	89
Свербіж у роті	29	91
Гіперчутливість зубів	27	79
Порушення зубо-ясенного з'єднання	9	87
Зміна альвеолярного виростка щелепи	4	78
Оголення зубів 1 : 1	5	83
Оголення зубів 2 : 1	1	13
Болочистість підщелепних лімфовузлів	—	—

Таблиця 1. Поява симптомів парадонтиту у хворих 1-ї групи

Симптом	Проводили небулайзерну терапію	Не проводили небулайзерну терапію
Неприємний запах із рота	1	9
Наліт на зубах	5	10
Зміна кольору слизової оболонки	3	11
Похитування зубів	1	9
Кровоточивість ясен	1,5	12
Порушення проміжку між зубом і яснами	—	6 %
Свербіж у роті	1,5	9
Гіперчутливість зубів	1	7
Порушення зубо-ясенного з'єднання	—	2,5
Зміна альвеолярного виростка щелепи	—	—
Оголення зубів 1 : 1	—	—
Оголення зубів 2 : 1	—	—
Болочистість підщелепних лімфовузлів	—	—

Примітка. Тут і далі показики наведено у відсотках.