

- псия в диагностике туберкулеза бронхов // Пробл. туб. — 2000. — № 1. — С. 21–23.
9. *Кужко М.М., Курило С.М., Процык Л.М., Джавад И.В.* Бронхо-обструктивный синдром как актуальная проблема современной фтизиатрии (к вопросу о патогенезе, диагностике, клиническом течении) // 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.* Впервые выявленный деструктивный туберкулез легких у больных с бронхиальной обструкцией // Пробл. туб. — 1985. — № 7. — С. 7–10.
 12. *Норейко Б.В., Лепшина С.М., Норейко С.Б.* Туберкулез на рубеже тысячелетий. — Донецк: Китис, 1999. — 116 с.
 13. *Огай И.В.* Диагностическая ценность трахеоскопии в клинике легочного туберкулеза // Бронхологические методы диагностики заболеваний легких. — Ленинград, 1971. — С. 65–66
 14. *Сорокина Т.А.* Неспецифические эндобронхиты у больных туберкулезом легких (клинико-рентгеноморфологическое исследование) // Автореф. дис. на соиск. уч. ст. к.м.н. — Москва, 1970. — 26 с.
 15. *Стрелис А.К., Романов А.И.* Характер поражения бронхов при очаговом туберкулезе легких // Пробл. туб. — 1982. — № 1. — С. 32–34.
 16. *Тарасов А.С., Яблонская А.С.* Туберкулез бронхов при реактивации специфического процесса во внутригрудных лимфатических узлах // Пробл. туб. — 1984. — № 4. — С. 23–26.
 17. *Тамашакина Г.Н.* Частота и характер поражения бронхиальной системы у больных туберкулезом органов дыхания в современных условиях // Пробл. туб. — 1999. — № 6. — С. 26–30.
 18. *Усенко Ю.Д.* Состояние бронхиальной системы у больных туберкулезом легких пожилого и старческого возраста // Пробл. туб. — 1983. — № 2. — С. 28–29.
 19. *Филиппов В.П.* Туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи и бронхов // Туберкулез органов дыхания / под ред. А.Г. Хоменко — Москва: Медицина, 1981. — С. 285–294.
 20. *Худзик Л.Б., Лупалова И.Р., Мозолова Т.И., Иванова Л.С.* Туберкулез и хронические бронхиты // Пробл. туб. — 1994. — № 2. — С. 24–26.
 21. *Шальмин А.С.* Комплексное бронхологическое обследование больных, излеченных от туберкулеза легких // Пробл. туб. — 1984. — № 4. — С. 33–35.
 22. *Шальмин А.С.* Диагностика бронхиальной обструкции у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких в условиях противотуберкулезного 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. Мирошниченко, 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 втратам 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-

туберкульозних закладах. Велика заслуга у цьому належить Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, зокрема, чл.-кор. АМНУ, професору К.І. Чернушенку. Тут було налагоджено клініко-анамнестичну, лабораторну діагностику ЛА, її диференціювання з іншими побічними реакціями на препарати, якими лікуються хворі на Тб., вивчено частоту і структуру цих реакцій [5, 11]. В інституті вперше було здійснено спробу проведення специфічної імунотерапії (СІТ) при ЛА, яка мала позитивні наслідки.

Продовженням цих робіт було відкриття у Вінницькому облтубдиспансері (1980) першого в СРСР алергологічного кабінету, де було досить чітко налагоджено діагностику, профілактику ЛА, диференційну її діагностику з іншими побічними реакціями, напрацьовані оптимальні схеми лікування туберкульозу у осіб з наявністю ЛА [1, 3, 4,8,9 10].

У даній роботі ми б хотіли поділитися результатами застосування простих методів діагностики ЛА — удосконалених шкірних проб з лікарськими препаратами. Цей метод, на відміну від існуючих складних і коштовних апаратних і лабораторних засобів, реально і надзвичайно швидко може бути впровадженим у практику фтизіатрів, тим більше, що вже є вітчизняні розчинники і діагностичні ланцети, які є дешевими. Звичайно, ми розуміємо, що шкірна діагностика ЛА, є експрес-методом діагностики, яка у наступному часто потребує поглиблення, верифікації тощо [6, 13]. Але мати у протитуберкульозних установах подібні надійні методи є дуже важливим з огляду на те, що, приблизно, у 10 % хворих на Тб має місце ЛА, що є суттєвою перепорою на шляху ефективного лікування, сприяє виникненню резистентності до хіміотерапії, рецидиву Тб.

ТЕОРЕТИЧНІ ПОСИЛАННЯ

Як відомо, шкірні проби при ІgЕ-залежних алергічних реакціях є найбільш інформативним методом діагностики [2, 6, 13]. Правда, при діагностиці ЛА інформативність шкірного тестування є невисокою [2, 4, 6, 7, 13], головним чином за рахунок виникнення хибно-позитивних та хибно-негативних результатів. Основні причини цього такі:

1. Переважна більшість лікарських препаратів є гаптенами — неповноцінними алергенами. Повноцінність як алергени вони набувають тільки при зв'язуванні з альбумінами сироватки крові. У зв'язку з цим відтворити на шкірі імунологічну реакцію, адекватну тій, що відбувається в організмі хворого на ЛА, не вдається.

2. Практично всі препарати в організмі проходять ряд перетворень (для пеніциліну відомо до 100 метаболітів). Сенсibilізація виникає частіше саме до метаболітів лікарських препаратів, тому на початкову форму цього препарату (а саме з таким розчином проводиться тестування) алергії може не бути.

3. Розчинення препаратів в лікарських закладах здійснюється, як правило, нестандартизованими розчинами, що (за рахунок лужної чи кислої реакції розчинів) часто призводить до хибнопозитивних результатів.

4. Шкірні тести, що застосовуються з метою діагностики ЛА, мають суттєві вади: скарифікаційний є вельми суб'єктивним, а внутрішньошкірний — часто дає хибнопозитивні результати і є небезпечним.

5. На відміну від встановленої в алергології доктрини, не проводиться негативний та позитивний контролю (з рочинником і розчином гістаміну, відповідно). Це не

дозволяє виявити підвищену реактивність чи, навпаки, ареактивність шкіри, тобто, робить недостовірними результати шкірного тестування.

Ми усунули ті вади шкірних проб з лікарськими препаратами, на які можна було вплинути, а саме:

1. Сприяли перетворенню діагностичного розчину лікарського препарату з гаптену у повноцінний алерген. Для цього у розчинник нами додано людський імунoglobulin (0,5 % розчин).

2. Стабілізували фізико-хімічні якості розчинника. Для цього нами застосовується стандартна фармакопейна рідина для алергенів зі сталими параметрами.

3. Здійснюємо контрольне тестування з розчинником і 0,01 % розчином гістаміну.

4. Застосовуємо шкірний тест уколом, який є уніфікованим і найбільш вживаним у світі. Щодо скарифікаційного, внутрішкірного тестів, то він має такі вади, як неможливість обліку кількості алергену, введеного в шкіру, оскільки глибину та довжину скарифікацій важко уніфікувати. Помилки при оцінці тесту можуть також бути пов'язаними з пошкодженням капілярів шкіри, її подразненням, у зв'язку з чим цей тест дає чималу кількість хибнопозитивних реакцій. Внутрішньошкірний тест є малоспецифічним і відносно небезпечним (описані випадки смертельних анафілаксій при його проведенні).

Щодо застосування саме тесту уколом, то він є найбільш технологічним, уніфікованим серед усіх шкірних проб, практично виключає неспецифічні реакції за рахунок подразнення шкіри, реакції її судин. Серед шкірних тестів тест уколом є найбільш безпечним. В порівнянні зі скарифікаційним тестом він є значно специфічнішим. Його певними перевагами є більша естетичність, мінімальна травматичність, краща технологічність, повна уніфікованість, мінімальна небезпека анафілактичних реакцій і переносу парентеральних інфекцій. Все це робить тест уколом найбільш поширеним у світі методом шкірного алергологічного тестування [14].

Ми спеціально називаємо цей тест "тестом уколом", а не прик-тестом, тому що тут існує певне різночтіння і деякі автори вважають, що технологія прик-тесту включає ще піднімання шкіри списом ланцету. Така технологія, на наш погляд, знову буде надавати значної суб'єктивності тесту.

З урахуванням вищенаведеного, тобто, насамперед, чутливості і специфічності, найбільш вживаним у світі є тест уколом.

Для підвищення його інформативності нами створено оригінальний ланцет з ексцентричним списом, який при обертанні навкруг власної осі покращує доступ розчину у шкіру (ротаційний тест уколом).

Зараз усе вищенаведене набуло вид стандартного набору для діагностики ЛА, який пройшов державне ліцензування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами проведено порівняльне дослідження інформативності шкірного тестування запропонованим нами методом і рутинним способом (скарифікація металевим ланцетом, розчинення лікарських препаратів фізіологічним розчином, відсутність контрольних тестувань). На правому передпліччі хворим робилося тестування за допомогою запропонованого нами методу, на лівому — рутинним. Такою було основна група хворих, що досліджувалися. За контрольну групу було обрано хво-

рих, у яких не було ніяких ознак ЛА.

До основної групи із 250 осіб відбирали хворих, у яких на основі поглибленого збирання алергологічного анамнезу, постановки лабораторних тестів (імунотермістотометрія, інгібіція міграції лейкоцитів у капілярах з відповідними лікарськими алергенами) можна було встановити лікарську алергію до таких протитуберкульозних препаратів: стрептоміцину (S), ізоніазиду (H), ріфампіцину (R).

До контрольної групи було відібрано 150 хворих приблизно тотожних до основної групи за статтєво-віковим ознакам і формами туберкульозу, а також кратності лікування від цього захворювання. Серед обстежених з дисемінованою формою Тб було 290 хворих, інфільтративною — 96, вогнищевою — 54, фіброзно-кавернозною — 20. МБТ+ виявлено у 281 хворих, порожнини розпаду — у 268. Вперше лікувалися проти туберкульозу — 446 людей, повторно — 14. Вік хворих коливався від 22 років до 81 року.

Окрім цього було піднято архівні матеріали щодо функціонування алергологічного кабінету при Вінницькому облтубдиспансері (ОТД) та, з метою встановлення частоти ЛА серед хворих на туберкульоз у дійсний час, обстежено 460 хворих з різними формами туберкульозу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У таблиці 1 наведено частоту ЛА серед хворих на туберкульоз у різні роки.

Поділ на 3 періоди, наведений у таблиці 1, залежав виключно від організаційних аспектів функціонування алергологічного кабінету при облтубдиспансері і не несе іншого змісту. Оскільки доля хворих-бактеріовиділювачів з розпадом легеневої тканини, вперше виявлених та хронічно хворюючих серед контингентів, що порівнювалися, статистично не відрізнялися ($P > 0,05$), ми у таблиці не деталізуємо хворих за формами туберкульозу та його параметрами.

Як видно з табл. 1, доля хворих з ЛА серед контингентів, що лікувалися у Вінницькому ОТД, у всі періоди, що аналізувалися, перевищує 15 %. Цим можна підтвердити вищенаведену тезу про те, що частота ЛА серед хворих на Тб продовжує залишатися високою, тобто, актуальність цієї проблеми для фтизіатрів не зменшується.

Щодо конкретних причин ЛА, тобто, лікарських препаратів, то, як й у минулі роки, в етіологічній структурі ЛА серед контингентів протитуберкульозного закладу “передують” протитуберкульозні хіміопрепарати. У таблиці 2 наведено результати шкірного тестування з трьома найбільш поширеними у фтизіатричних клініках протитуберкульозними препаратами у основній та контрольних групах дослідження. Дослідження проведені у 2000–2001 роках.

З наведених у таблиці 2 даних можна зробити 2 важливих висновки. По-перше, інформативність шкірних проб методом уколу зі спеціальним розчинником є істотно вищою, ніж звичайних скарифікаційних проб, де у якості розчинника взято фізіологічний розчин. По-друге, тест уколом у жодному разі не дав хибнопозитивних результатів, тоді як скарифікаційний тест їх виявляв у межах 6–8 %. Все це свідчить про значно більшу придатність запропонованого нами методу для шкірної діагностики ЛА, хоча дослідження в цьому плані ми продовжуємо.

Таблиця 1

Частота ЛА серед хворих на туберкульоз у Вінницькому ОТД у різні роки

Роки	Обстежено	Хворі на ЛА	
		абс.	%
1980-1988	7390	860	11,64
1988-1993	6885	1364	19,82
2000-2001	460	82	17,83

Для лікарів, які зацікавляються цією методикою (а набори для неї можна придбати), ми її наводимо.

МЕТОДИКА І ПОКАЗАННЯ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ НАШОГО МЕТОДУ

Технологія шкірної діагностики ЛА за допомогою запропонованого нами набору має здійснюватися у такій послідовності:

1) виготовлення розчину (чинів) лікарського препарату зі стандартною розчинною рідиною. Для препаратів, що звичайно застосовуються в протитуберкульозних закладах (антибактеріальні препарати, вітаміни) створюються 1 % розчини. Для підвищення специфічності алергодіагностики доцільно додатково проводити годинну інкубацію цих розчинів у термостаті при температурі 37 градусів за Цельсієм (сприяє утворенню комплексу лікарський препарат+альбумін, тобто, переходу лікарського гаптєну у повноцінний алерген);

2) на передпліччя, після його протирання 70 % розчином етилового спирту і висушування, відступивши 10 см від ліктьового згину, наносяться з інтервалом у 2 см краплі 0,01 % розчину гістаміну (позитивний контроль), розчинної рідини (негативний контроль) та розчини відповідних лікарських препаратів (одноразово — не більше п'яти) через краплі одноразовими компакт-ланцетами (окремими для кожного розчину) проводиться укол, фіксація його в шкірі до 3 секунд, потім повільний оберт на 180 градусів в один бік і на 180 градусів в інший (ротаційний тест уколом). Через 5–10 хвилин стерильними ватними тампонами промокають надлишок кожної рідини в місці проколу (ватний тампон повинен бути окремим для кожної рідини);

3) через 20 хвилин проводиться оцінка тестування. Це відбувається тільки при наявності позитивної реакції на розчин гістаміну (папула у 3 мм і більше) і від'ємної реакції (відсутність папули) на негативний контроль. При виявленні позитивної реакції на розчин певного лікарського препарату це фіксується у медичних документах хворого (амбулаторна, стаціонарна карта) і цей препарат (і його хімічні аналоги) забороняється для застосування.

Таблиця 2

Порівняльні результати шкірного тестування з розчинами протитуберкульозних препаратів

Протитуберкульозний препарат	Метод тестування (позитивних результатів)							
	Основна група				Контрольна група			
	Скарифікаційний		Тест уколом		Скарифікаційний		Тест уколом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
S	48	19,2	105	42,0	12	8,0	0	0
H	44	17,6	69	27,6	9	6,0	0	0
R	48	18,4	116	46,4	11	7,3	0	0

Оцінку результатів ротаційного тесту уколом слід проводити таким чином: негативна — 0, сумнівна — 1–3 мм, позитивна — 3–7 мм, виражено позитивна — 8–12 мм, гіперергічна — 13 мм і більше.

Підставою для проведення шкірної діагностики ЛА є дані збирання розширеного алергологічного анамнезу. Вони наступні:

1) особи з вірогідністю виникнення алергічних реакцій на лікарські препарати. Сюди відносяться: хворі з реакціями на медикаменти в минулому, які проявлялися шкірними висипами, зудом, набряками шкіри чи слизових оболонок, найбільш небезпечним з яких є набряк Квінке у місцях життєво важливих органів; гематологічними проявами — еозинофілією, анемією, агранулоцитозом; респіраторними — явищами безпричинного риніту, бронхоспазмом, сироватковим синдромом — збільшенням лімфовузлів, артралгіями, гіпертермією, висипом; і, нарешті, анафілактоїдними — шоком з падінням артеріального тиску, чи знепритомненням, зниженням температури тіла, судоматами тощо.

2) хворі з алергічними захворюваннями немедикаментозного генезу (бронхіальна астма, алергічний риніт, поліноз, кропив'янка, дерматит, інсектна алергія);

3) категорії, які мають (чи мали) постійний професійний контакт з ліками: мед-, фармпрацівники, робітники фармпідприємств, хімічних заводів;

4) хворі на аутоімунні захворювання, а також ті, хто часто чи тривало вживає лікарські препарати.

При збиранні анамнезу лікар повинен пам'ятати основні риси алергічних реакцій: потреба у періоді сенсibiliзації, дозозалежність, а також незалежність від способу введення в організм, ефективність антигістамінних препаратів тощо. Крім цього, слід розуміти, що тільки при алергічних реакціях 1 типу за класифікацією Джелла-Кумбса доцільне шкірне тестування методом уколу.

Тестування з лікарськими алергенами слід проводити під контролем лікаря-фтизіатра, причому, бажано, щоб він пройшов спеціальну підготовку щодо цього, включаючи заходи щодо надання невідкладної допомоги особам з анафілактоїдними реакціями.

ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ШКІРНОГО ТЕСТУВАННЯ З ЛІКАРСЬКИМИ ПРЕПАРАТАМИ:

1. Перенесений хворим у минулому анафілактичний шок на введення будь-якого лікарського засобу, а також такі важкі прояви, пов'язані з введенням лікарських препаратів, як синдроми Лаєсла, Стівена-Джонсона (епідермальний некроліз, ексфоліативний дерматит).

2. Ідентифікована алергічна реакція в минулому на препарат (чи його хімічний аналог), з яким має проводитися тестування;

3. Наявність загострень алергічних, шкірних захворювань, що роблять діагностику лікарської алергії небезпечною.

4. Наявність у хворого психічних захворювань, вагітності.

5. Діти віком менше 5 років (дітям взагалі дозволяється проводити тестування не більше, як двома лікарськими препаратами одночасно).

6. Стадія декомпенсації важких хронічних захворювань (серця, нирок, печінки), важка форма цукрового діабету.

7. Лікування антигістамінними препаратами при якому тестування забороняється на 5 діб після їх відміни,

при лікуванні системними глюкокортикостероїдами — на 10 діб.

Щодо безпосередньо туберкульозу, то шкірна діагностика ЛА є небажаною тільки у випадках важкого стану хворих, пов'язаного з казеозною пневмонією, міліарним туберкульозом, рецидивуючим накопленням випоту у плевральній порожнині. Звичайно, якщо без діагностики ЛА неможливе лікування Тб, то ці явища не є принциповими протипоказами, тому що тест уколом з такими низькими концентраціями лікарських препаратів має надзвичайно малу, практично, нульову вірогідність анафілактичних реакцій.

Слід пам'ятати, що шкірна діагностика лікарської алергії за об'єктивних причин має обмежену інформативність і може розцінюватися лише як експрес-метод.

Проте, при наявності протипоказань до шкірного тестування з лікарськими препаратами, але нагальній потребі у цьому, спірних, сумнівних чи складних випадках, хворого слід проконсультувати у лікаря-алерголога, за вказівкою якого можуть бути застосовані лабораторні тести чи інше обстеження.

Зокрема, зараз проходить клінічну апробацію провокаційний ендоназальний тест з водно-полімерними плівками, куди вміщено певні дози лікарських препаратів [12]. Щодо лабораторних тестів, які можуть нести інформацію про ЛА, то нами застосовуються тест бластної трансформації (мікрометод), тест інгібіції міграції лейкоцитів у капілярах, метод імунотермістотрії [3, 11].

ВИСНОВКИ:

1. Частота ЛА серед контингентів протитуберкульозних закладів є високою і за останні десятиліття зросла з 11,6 до 17,8 %. Це свідчить про значну актуальність проблеми ЛА, без вирішення якої практично неможливо досягти високої ефективності лікування туберкульозу.

2. Інформативність шкірної діагностики ЛА у хворих на туберкульоз до хіміопрепаратів за допомогою запропонованого нами набору і технології є суттєво вищою за традиційну діагностику методом скарифікаційних проб без застосування спеціальних розчинників, позитивного та негативного контролів тестування.

3. Шкірна діагностика залишається методом експрес-діагностики ЛА, але зважаючи на досягнуте нами підвищення її інформативності і вірогідності, простоту та доступність, цей метод доцільно впроваджувати у практику протитуберкульозних установ.

4. Своєчасне виявлення ЛА у хворих на туберкульоз буде сприяти мінімізації впливу цієї патології на ефективність лікування туберкульозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Горбатюк І. М. Організація імуноалергічної допомоги контингентам противотуберкульозних закладах. // Укр. пульмон. журн. — 1995, — № 1. — С. 14 — 16.
2. Дранник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. — Одеса: Астропринт, 1999 — С. 433–466.
3. Зайков С. В. Біофізичні методи дослідження в протитуберкульозних закладах. Автореф. Дис. ... докт. мед. наук. — Київ, 1995 — 48 с.
4. Корицька І. В. Алергологічний кабінет у протитуберкульозному закладі // Автореф. Дис. ... канд. мед. наук — Київ, 1994. — 15 с.
5. Мамолат А. С., Чернушенко Е. Ф. Побочные реакции при антибактериальной терапии больных туберкульозом. — Київ: Здоров'я — 1975. — 132 с.

6. *Машуков И.И.* Модифицированная методика постановки кожных скарификационных проб // *Лабор.дело.* —1988.—№ 9. — С. 54–56.
7. *Пухлик Б.М.* Лекарственная аллергия. — Київ, Здоров'я, 1989. — 96 с.
8. *Розповсюдженість алергічних захворювань.* Б.М. Пухлик, О.Б. Бондарчук, Корицька І.В. та інші // *Укр. пульмон. журн.* — 1993. — № 1. — С. 11–15.
9. *Пухлик Б.М., Березовский Б.А., Михайл Л.В.* Выявление и профилактика аллергозов у больных туберкулезом. // *Пробл. туберкулеза.* — 1982. — № 9 — С. 10–14.
10. *Пухлик Б. М., Мзайек В., Зайков С. В.* Клинико-иммунологические особенности лекарственной аллергии у больных туберкулезом // *Пробл. туберкулеза.* — 1991. — № 6. — С. 46–48.
11. *Пухлик Б.М., Чернушенко Е.Ф. и др.* Диагностика, лечение и профилактика сопутствующих аллергических заболеваний у больных туберкулезом // *Методические рекомендации.* — 1984. — С. 11–13.
12. *Пухлик С.М.* Вазомоторний риніт (діагностика та лікування), Автореф. Дис. ...докт.меднаук. — Київ, 2000. — 24 с.
13. *Райкис Б.Н., Воронкин Н. И.* Стандартизация метода диагностики аллергических заболеваний уколком в кожу // *Иммунология.* — 1983.—№ 6. — С. 76–78.
14. *Русанова В.Б.* Применение ротационного теста уколком в клинической практике. // *Имунологія та алергологія.* — 1999.— № 1–2 — С. 136–140.
15. *Клиническая иммунология и алергология /* Под редакцией Г. Лолора-младшего, Т. Фишера, Д. Адельмана. — Москва: Практика, 2000. — С. 357–393.
16. *Паттерсон Рой, Греммер Лесли К., Гринберг Пол А.* Алергические болезни. Диагностика и лечение. — Москва: Геотар, Медицина, 2000. — С. 313–428.

ПРОБЛЕМА ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Б.М. Пухлик, М.А. Тхоровский, И.Н. Горбатюк, В.Б. Русанова

Резюме

Актуальность проблемы лекарственной аллергии (ЛА) на данном этапе борьбы с туберкулезом еще больше возросла: ее частота у контингентов противотуберкулезного диспансера увеличилась с 11,6 % до 17,8 %. С целью совершенствования наиболее доступного метода диагностики ЛА — кожных проб, был применен усовершенствованный метод с помощью набора, включающего специальную разводящую жидкость с альбумином, контрольный раствор гистамина и оригинальные ланцеты. Это дало возможность существенно повысить информативность кожной диагностики ЛА у больных туберкулезом.

DRUG ALLERGY IN TUBERCULOSIS PATIENTS

B.M. Puhlik, M.A. Tkhorovsky, M.I. Gorbatyuk, V.B. Rusanova

Summary

The drug allergy (DA) in tuberculosis patients has been an urgent problem at present since its prevalence increased in anti-tuberculosis centers increased from 11,6 % to 17,8 %. In order to improve the simplest diagnostic method of DA - skin test - the method based on an application of the set, including special dissolving liquid with albumin, the control histamine solution and original lancets, have been used. This technique gave us the opportunity to increase effectiveness of skin diagnosis of DA in tuberculosis patients.

УДК: 616.248 –053. 4/5-07

С.В. Єфімова

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Львівська міська дитяча клінічна лікарня, Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Бронхіальна астма (БА) — одне з найпоширеніших алергічних захворювань органів дихання у дітей — в останні роки значно помолодшала [2, 3, 4]. Нерідко вона діагностується в ранньому, навіть грудному віці і займає значне місце в структурі патології дітей цієї вікової групи [3, 4].

Складність розмежування різних за походженням і механізмом розвитку проявів БА у дітей раннього віку є причиною багаточисельних діагностичних помилок, що нерідко призводить до несвоєчасної діагностики. Такі діагностичні помилки породжують помилки в лікуванні.

Незважаючи на поглиблене вивчення протягом останніх років проблем діагностики та лікування БА, у цьому напрямку і нині залишається багато нез'ясованих питань. Вирішення їх нерозривно пов'язане з удосконаленням діагностики, розробкою чітких критеріїв важкості захворювання, що, в свою чергу, сприятиме покращанню перебігу і прогнозу БА у кожної дитини.

Метою нашого дослідження була розробка діагностичного алгоритму і критеріїв важкості бронхіальної астми у дітей раннього віку.

Обстежено 95 дітей раннього віку (від 6 місяців до 3 років). Діагноз БА встановлювали за наявності таких ознак:

- атопічний анамнез пацієнта і його сім'ї;
- періодичність виникнення типових симптомів

(ядуха, дихання з подовженим видихом, сухі свистячі хрипи, приступоподібний кашель), які найчастіше підсилюються вночі і надранок;

- сезонна варіабельність симптомів і виникнення загострень, спровокованих дією різноманітних тригерів;
- специфічна алергодіагностика.

Першим етапом діагностичного процесу було встановлення діагнозу БА як нозологічної форми, для чого використовувалася власний діагностичний алгоритм (мал. 1).

Особливу увагу надавали детальному збору алергологічного анамнезу. З цією метою була розроблена спеціальна анкета-опитувач.

Вивчення анамнезу показало, що у 87,4 % (83) дітей реєструвалася обтяжена алергічною патологією спадковість, причому у більшості (58,9 % — 56 дітей) — по материнській лінії. У 73,6 % (70) хворих спостерігалися прояви харчової, а у 22,1 % (21) — медикаментозної алергії. Анамнестичні дані дозволили виявити у більшості пацієнтів тригерні фактори, які призводили до загострення захворювання. У 26,3 % (25) дітей приступи БА розвивалися після контакту з харчовими алергенами, у 24,2 % (23) — з інгаляційними, а у 11,5 % (11) — з епідермальними. У більшості хворих (57,9 % — 55 чоловік) загострення захворювання розвинулось на фоні гострих респіраторних захворювань. У всіх обстежених дітей розвитку БА передували часті повторні епізоди обструктивного бронхіту, нерідко із зтяжним перебігом. Виходячи з цього, ми вважаємо, що