

и снижением частоты и интенсивности синусного гистиоцитоза, являющегося, как уже указывалось, проявлением активности макрофагов. Последние, во-первых, определяют антигенную стимуляцию противоопухолевого иммунитета, во-вторых, принимают непосредственное участие в неиммунном фагоцитозе злокачественных клеток.

УДК 616.24—002.5—079.4—078.7—031-611.779

И. П. Зиновьев (Пенза). Дифференциально-диагностическое значение усовершенствованной подкожной туберкулиновой пробы при заболеваниях легких

В связи с широким применением подкожной туберкулиновой пробы для дифференциальной диагностики заболеваний легких целесообразно унифицировать ее методику. Это необходимо для получения сравнимых результатов и оценки подкожной пробы в качестве теста дифференциальной диагностики туберкулеза и других заболеваний легких.

Мы предлагаем унифицировать подкожную пробу по следующим параметрам. Во-первых, эта проба должна быть единой и в тех случаях, когда она применяется для выявления активности малых форм туберкулеза легких и когда она ставится с дифференциально-диагностической целью, так как в обоих случаях проба должна показывать наличие или отсутствие активного туберкулезного процесса. Во-вторых, индивидуальную чувствительность к туберкулину и дозу вводимого туберкулина следует определять только по общепринятой внутрикожной пробе Манту с 2 ТЕ, а не по туберкулиновому титру или градуированной кожной пробе. При оценке результата пробы Манту с 2 ТЕ необходимо использовать терминологию и критерии, указанные в инструкции по применению туберкулиновых проб. В-третьих, в зависимости от индивидуальной туберкулиновой чувствительности пациента целесообразны дозы туберкулина 50 или 100 ТЕ, а не 5, 10, 20 ТЕ. Это положение подтверждается результатами иммунологических исследований. При подкожном введении туберкулина в дозе 50 или 100 ТЕ у абсолютного большинства лиц с активным туберкулезным процессом возникают ответные иммунные реакции. Следовательно, дозы 50 и 100 ТЕ при активном туберкулезе являются выше пороговой в абсолютном большинстве случаев.

В течение последних 6 лет мы применяем пробу Коха в собственной модификации. До подкожного введения туберкулина ставим пробу Манту с 2 ТЕ. При отрицательной (папула — 0—1 мм), сомнительной (2—4 мм), слабоположительной (5—11 мм) и выраженной (12—20 мм) пробе подкожно вводим 100 ТЕ туберкулина, лицам с гиперергической пробой Манту (21 мм и более) — 50 ТЕ. Используем туберкулин ППД-Л в стандартном разведении. Подкожно в подлопаточную область его вводим в количестве 2,5 (50 ТЕ) или 5 мл (100 ТЕ). Проба Коха противопоказана при туберкулезе глаз и больным с подозрением на это заболевание.

После пробы Коха учитываем местную, общую и очаговую реакции, однако оцениваем пробу только по двум последним типам реакций. Местная реакция считается положительной, если на месте введения туберкулина развивается инфильтрат диаметром 15—20 мм и более. Положительная общая реакция характеризуется повышением температуры тела (на 0,3—0,5° и более), появлением или усилением озноба, недомогания, чувства разбитости, болей (ломоты) в суставах, головной боли, нарушений сна и аппетита. При положительной очаговой реакции возникает или усиливается кашель, отделяется мокрота, появляется кровохарканье, боли в груди, влажные хрипы, шум трения плевры. Местная, общая и очаговая реакции не всегда коррелируют друг с другом, то есть при слабой местной реакции общая или очаговая могут быть выраженными. При оценке пробы Коха необходимо предусматривать возможность психогенных реакций.

При оценке общей и очаговой реакций учитываем результаты исследования периферической крови, белковых фракций, сыворотки крови и мокроты на микобактерии туберкулеза. Все исследования производим до введения туберкулина, а затем повторяем через 24 и 48 ч после этой процедуры. При положительной подкожной пробе, как правило, возрастает число лейкоцитов (на 100 в 1 мм³ и более), палочкоядерных нейтрофилов (на 6% и более) и СОЭ (на 4 мм/ч и более); уменьшается число лимфоцитов (на 10% и более), а также увеличивается содержание альфа-2- и гамма-глобулинов (на 10% и более) в сыворотке крови и снижается А/Г-коэффициент (на 0,3 и более). Информативность подкожной пробы можно повысить, дополнив ее биохимическими (определение уровня гаптоглобина) и иммунологическими (реакция бласттрансформации лимфоцитов и реакция торможения миграции лейкоцитов) исследованиями.

По нашему мнению и опыту, проба Коха во всех случаях должна быть положительной или отрицательной. Такое условие необходимо принять за правило при оценке ее результата. Если подкожная проба оценивается как сомнительная, ее необходимо повторить через 4—5 дней с дозой туберкулина, увеличенной вдвое по сравнению с предыдущей (ввести 100 или 200 ТЕ), и обязательно с дополнительными исследованиями. Назначение 100 или 200 ТЕ при повторной подкожной пробе оправдано при уменьшении чувствительности к туберкулину у инфицированных и больных туберкулезом в современных условиях.

С целью дифференциальной диагностики по описанной методике проба Коха была поставлена 64 больным в возрасте 22—65 лет с очаговыми, информативными, округлыми и диссеминированными процессами в легких неясной этиологии. В контрольной группе и диссеминированными процессами в легких пробу ставили с 20 ТЕ. Положительная подкожная проба во всех случаях была подтверждена результатами морфологического исследования или обнаружением в мокроте микобактерий туберкулеза, или пробным лечением.

Из 64 больных основной группы подкожная проба оказалась положительной у 52 (81,2%). Общая реакция наблюдалась у всех больных, очаговая — у 31 (59,6%). Во всех случаях с положительной пробой диагноз активного туберкулеза подтвердился. Общие реакции проявлялись повышением температуры тела (на 0,3—2,6°), появлением или усилением озноба, недомогания и чувства разбитости. Эти симптомы в различном сочетании и в разной степени выраженности были у всех больных. Лишь единичные больные жаловались на головную боль. У 3 пациентов возникли чрезмерные реакции; при их развитии рекомендовали преднизолон по 15—20 мг в течение 2—3 дней. Ни одному из обследованных нами больных преднизолон не назначался.

Из симптомов очаговой реакции были отмечены чаще всего влажные хрипы, шум трения плевры, кашель. Боли в груди были относительно редкими, причем у 7 больных из 18 они не усиливались, а, наоборот, становились менее интенсивными, особенно на фоне повышения температуры. У одного больного очаговая реакция сопровождалась умеренным кровохарканием.

У 15 (28,8%) больных после положительной пробы впервые в мокроте были обнаружены бактериальные формы микобактерий туберкулеза. Бактериовыделение определялось, как правило, у больных с выраженной общей и очаговой реакцией. Целесообразно исследовать мокроту на микобактерии туберкулеза в первые 3—5 дней после пробы.

В гемограмме характерными признаками положительной пробы Коха было увеличение (до $8,1 \cdot 10^9/\text{л}$) или уменьшение (единичные случаи) числа лейкоцитов и лимфоцитов, которые наблюдались у всех больных с положительной пробой, однако их выраженность была различной.

Изменения белковых фракций сыворотки крови имелись у всех больных, положительно реагировавших на пробу. Снижение или увеличение общего белка более чем на 10 г/л также следует считать признаком положительной подкожной пробы.

У 5 из 52 больных с положительной пробой общая и очаговая реакция возникли на 3—5-й день. Эти запоздалые реакции на подкожное введение туберкулина проявлялись выраженными общими и очаговыми симптомами с бактериовыделением. У больной А., 25 лет, до подкожной пробы в течение 1,5 месяцев при многократном исследовании мокроты (12 анализов) методом люминесцентной микроскопии и посевом микобактерий туберкулеза в мокроте не выявлялись. После подкожной пробы с запоздалой реакцией имело место массивное бактериовыделение.

Томографическое исследование легких до и после пробы Коха представляет меньшее дифференциально-диагностическое значение, чем бактериологическое. Только у 3 (5,8%) больных с положительной пробой наблюдалось увеличение инфильтрации вокруг имевшихся в легких туберкулезных изменений.

У 12 (18,8%) больных основной группы с отрицательной подкожной пробой диагностированы различные нетуберкулезные заболевания (затяжная пневмония, новообразования легких, саркоидоз и др.).

В контрольной группе положительная подкожная проба с подтвержденным туберкулезом оказалась только у 31 (26,5%) больного. Из 86 больных контрольной группы с отрицательной пробой Коха туберкулез подтвердился у 49 (57,0%). Данные убеждают, что проба Коха с 20 ТЕ не имеет существенного дифференциально-диагностического значения. Подкожное введение 20 ТЕ не выявляет скрытой активности туберкулезных очагов.

В последние годы проба Коха считается менее информативной, чем до применения противотуберкулезных препаратов. Это можно объяснить тем, что подкожная проба ставилась с недостаточной дозой туберкулина, а вводимая доза не соответствовала индивидуальной чувствительности к туберкулину у обследованных больных, то есть была для них меньше пороговой дозы.

Таким образом, предлагаемая модификация подкожной туберкулиновой пробы имеет преимущество перед другими, рекомендуемыми в настоящее время, и позволяет получать диагностические сведения как при туберкулезе, так и при нетуберкулезных заболеваниях легких.

УДК 616.9—935.022.7:612.112.31—092—08

М. С. Одишария (Казань). Фибронектин крови при острой дизентерии

В настоящее время исследователи уделяют все большее внимание фибронектину, одному из важных неспецифических факторов защиты организма, модулятору и маркеру функционального состояния РЭС. Роль фибронектина в инфекционной патологии изучена мало, хотя известна его способность связываться с некоторыми микроорганизмами. В доступной нам литературе мы не нашли данных об уровне этого белка крови при острой дизентерии.

Под наблюдением находилось 48 больных (мужчин — 41, женщин — 7) острой дизентерией. Тяжелая форма заболевания была у 5 человек, среднетяжелая — у 43. В возрасте от 20 до 40 лет было 30 больных, от 41 до 60 лет — 18.

Заболевание протекало с колитическим синдромом у 44 больных, по типу гастроэнтероколита — у 4. При поступлении в стационар (первые 3 дня болезни) слезы и кровь обнаружены у 46 больных, тенезмы — у 21, спазмированная сигма — у всех. У 21 человека из испражнений была высеяна шигелла Флекснера, у 6 — Зонне. В копроцитограмме у всех в большом количестве выявлены эритроциты и лейкоциты.