

ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Л. А. СУХАНОВА

CHARACTERISTICS OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS WITH CONCURRENT CONJUNCTIVE TISSUE DYSPLASIA

L. A. SUKHANOVA

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Training, Kharkov, Ukraine

Изучены особенности туберкулеза органов дыхания на фоне дисплазии соединительной ткани (ДПСТ) у 308 больных. ДПСТ была выявлена у 69,1% больных туберкулезом на основании наличия фенотипических признаков и рентгенологических симптомов дисплазии органов грудной клетки. Установлено, что туберкулез легких более тяжело протекает у лиц с ДПСТ: только у них отмечаются такие клинические формы, как казеозная пневмония, диссеминированный и милиарный туберкулез. Деструкции отмечались в 2 раза, бактериовыделение – в 2,5 раза чаще у больных с ДПСТ.

ДПСТ – фактор риска осложненного течения туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез органов дыхания, дисплазия соединительной ткани.

The specific features of respiratory tuberculosis with concurrent conjunctive tissue dysplasia have been studied in 308 patients. Conjunctive tissue dysplasia was found in 69.1% of patients basing on availability of phenotypic manifestations and X-ray signs of chest organs dysplasia. It has been found out that the course of pulmonary tuberculosis is more severe in those with conjunctive tissue dysplasia: only they have such clinical forms as caseous pneumonia, disseminated and miliary tuberculosis. Destruction was 2 fold higher and bacillary excretion was 2.5 fold higher in those suffering from conjunctive tissue dysplasia.

Conjunctive tissue dysplasia is a risk factor of tuberculosis complications.

Key words: respiratory tuberculosis, conjunctive tissue dysplasia.

Большое значение для организма имеет состояние соединительной ткани, которая, обладая многими функциями, интегрирует все органы и системы в единое целое, формирует внутреннюю среду организма, его метаболизм, влияет на течение воспалительных и других процессов [4, 7].

Дисплазия соединительной ткани (ДПСТ) – это нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически измененного матрикса, приводящее к нарушению гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях с прогрессирующим течением [1, 5].

ДПСТ подразделяются на дифференцированные и недифференцированные [5, 7].

Дифференцированные ДПСТ характеризуются определенным типом наследования, клинической картиной, определенными генными и биохимическими дефектами. В данной группе наиболее часто встречаются синдромы Элерса – Данлоса, Марфана, Стиклера, несовершенного остеогенеза [5, 7].

Недифференцированные ДПСТ, в отличие от дифференцированных, изучены мало, а распространены в популяции довольно широко – до 64% [2, 3, 6].

Они наблюдаются во многих органах, причем у некоторых людей значительно проявляются в ка-

ком-либо одном органе, создавая условия для развития в нем патологии [3].

В настоящее время лучше изучены аномалии сердца, хуже – аномалии органов дыхания [3].

Цель исследования: изучить особенности туберкулеза органов дыхания на фоне недифференцированной ДПСТ.

Материалы и методы

Проведено обследование 308 больных туберкулезом органов дыхания (ТОД).

Женщин было 98 (31,8%), мужчин – 210 (68,2%).

Возраст больных – от 18 до 70 лет. 18-25 лет – 59 (19,1%), 26-44 года – 155 (50,3%), 45-59 лет – 69 (22,4%), 60-70 лет – 25 (8,1%). Средний возраст пациентов составил $34,0 \pm 14,6$ года.

Кроме стандартных клинико-рентгенологических методов исследования, применяли мультиспиральную компьютерную томографию органов грудной клетки и средостения.

Фенотипическую оценку пациентов проводили в соответствии с классификацией болгарских авторов – Т. Милковской-Димитровой и Д. Каркашева (1987 г.).

Диагноз системной дисплазии соединительной ткани (СДПСТ) ставили на основании наличия

главных фенотипических признаков ДПСТ (сколиотическая деформация позвоночника в сочетании с деформацией грудины, готическое нёбо, плоскостопие, длинные тонкие пальцы рук, повышенная растяжимость кожи, врожденная патология глаз) и второстепенных (аномалии ушных раковин, аномалии зубов, птеригодактилия, приходящие боли в суставах, переразгибание в суставах). К рентгенологическим признакам ДПСТ относятся высокое расположение купола диафрагмы, смещение органов средостения влево, симптом оголения позвоночника, деформация легочного рисунка (А. М. Сазонов, 1981).

I группу составили 213 (69,1%) больных с наличием 2 главных фенотипических и рентгенологических признаков ДПСТ и более.

II группу – 95 (30,8%) пациентов без фенотипических и рентгенологических признаков ДПСТ.

Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи непараметрических методов Statistica, v. 6.1.

Результаты исследования

По клиническим формам ТОД распределение больных было следующим: I группа – инфильтративный туберкулез у 171 (80,2%) больного, очаговый – у 17 (8%), туберкулема – у 8 (3,7%), диссеминированный – у 7 (3,2%), экссудативный плеврит – у 7 (3,2%), милиарный туберкулез – у 2 (1%), казеозная пневмония – у 1 (0,5%) человека. У пациентов II группы: инфильтративный туберкулез – у 69 (72,6%), очаговый – у 13 (13,7%), туберкулема – у 5 (5,3%), экссудативный плеврит – у 8 (8,4%), случаев казеозной пневмонии, диссеминированного и милиарного туберкулеза не было.

Преобладающей формой у обследуемых больных был инфильтративный туберкулез в I и во II группах 80,2 и 72,6% соответственно, однако такие тяжелые процессы, как казеозная пневмония, милиарный и диссеминированный туберкулез, встречались только у больных с ДПСТ.

Установлена частота распространенности изменений у больных инфильтративным туберкулезом легких с наличием/отсутствием ДПСТ.

Поражение 2 сегментов и более отмечалось у 90,7% больных I группы, у лиц II группы – 27,3% ($p < 0,001$), т. е. в I группе в 3,3 раза чаще. Соответственно, ограниченное поражение легочной ткани у пациентов I группы было в 9,3% случаев, у лиц II группы – в 72,7% ($p < 0,001$), т. е. в I группе в 7,8 раза реже.

Установлена частота деструктивных изменений при наличии/отсутствии ДПСТ. У лиц I группы деструкция легочной ткани была выявлена у 106 (49,8%) больных, из II группы – у 22 (23,1%) человек, т. е. в I группе определялась в 2 раза чаще.

Выявлена частота бактериовыделения при наличии/отсутствии ДПСТ. Бактериовыделение

у больных I группы отмечалось у 107 (50,2%) пациентов, а у лиц II группы – у 21 (20%) ($p < 0,05$), т. е. в 2,5 раза чаще.

Из рентгенологических признаков СДПСТ у больных I группы определялись: деформация легочного рисунка, смещение вверх купола диафрагмы, смещение тени средостения – у $2/3$ обследованных, симптом оголения позвоночника – у каждого пятого, уменьшение в размере корня легкого – довольно редко (табл. 1).

Таблица 1

Рентгенологические признаки ДПСТ у больных I группы

Рентгенологический признак ДПСТ органов дыхания	I группа, n = 213	
	абс.	%
Смещение вверх купола диафрагмы	148	69,5
Смещение тени средостения	142	66,6
Симптом оголения позвоночника	45	21,1
Деформация легочного рисунка	158	74,2
Уменьшение в размерах корня легкого	16	7,5

У пациентов II группы рентгенологические признаки ДПСТ не определялись.

Как видно из табл. 1, наиболее часто встречалась деформация легочного рисунка, одинаково часто отмечалось смещение купола диафрагмы и тени средостения.

Как видно из табл. 2, у 88,2% больных туберкулезом органов дыхания с наличием фенотипических признаков ДПСТ отмечались рентгенологические проявления ДПСТ, у остальных их не было. Причем у половины – 49,7% пациентов – отмечалось 3-4 рентгенологических признака ДПСТ. У каждого третьего – 3 рентгенологических признака.

Таблица 2

Количество рентгенологических признаков дисплазии легких у больных I группы

Количество рентгенологических признаков ДПСТ легких	Число больных I группы, n = 213	
	абс.	%
1 признак	41	19,2
2 признака	37	17,4
3 признака	64	30
4 признака	42	19,7
5 признаков	4	1,9
Число больных	188	88,2

Взаимосвязь между количеством главных фенотипических признаков ДПСТ и рентгенологическими признаками ДПСТ представлена в табл. 3.

Зависимость количества главных фенотипических признаков от рентгенологических проявлений дисплазии

Рентгенологические признаки ДПСТ ОГК	Количество главных фенотипических признаков в I группе больных								p
	1		2		3		4		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Смещение вверх купола диафрагмы	0	0	48	25,5	83	44,1	17	9	3-4 < 0,01
Смещение тени средостения	0	0	46	24,5	81	43,1	15	8	1-2 < 0,05 3-4 < 0,01
Симптом оголения позвоночника	0	0	13	6,9	25	13,3	7	3,7	2-3 > 0,05 3-4 > 0,05
Деформация легочного рисунка	0	0	67	35,6	78	41,5	13	7	1-2 < 0,05 1-3 < 0,001 3-4 < 0,01
Уменьшение в размерах корня легкого	0	0	4	2,1	9	4,8	3	1,6	1-2 > 0,05 2-3 > 0,05 3-4 > 0,05

При наличии 3 фенотипических признаков смещение купола диафрагмы и тени средостения отмечалось в 1,7 раза чаще ($p > 0,05$), а симптом оголения позвоночника – в 1,9 раза чаще ($p < 0,05$) по сравнению с данными лиц, у которых имели место 2 фенотипических признака ДПСТ.

Кроме того, сочетание 3 главных фенотипических и 3 рентгенологических признаков ДПСТ было выявлено почти у половины больных I группы (ДИ 41-44%), а из лиц с 2 фенотипическими признаками – примерно у каждого четвертого (ДИ 24-25%), т. е. в 1,7 раза реже ($p > 0,05$).

Деформация легочного рисунка определялась у 84% больных.

Выводы

1. У больных ТОД ДПСТ встречается в 69,1% случаев (на основе наличия фенотипических признаков).

2. У больных с СДПСТ чаще встречаются деструкция легочной ткани (в 2 раза), бактериовыделение (в 2,5 раза).

3. Количество рентгенологических признаков ДПСТ органов грудной клетки прямо пропорционально количеству фенотипических признаков у больных туберкулезом органов дыхания: наличие 3 рентгенологических и 3 фенотипических признаков определялось у 44,1%, а 2 – у 25% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумова Л. Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей. – СПб., 2006. – 36 с.
2. Баклунов В. В. Клініко-імунологічні особливості рецидивуючого бронхіту у дітей з системною дисплазією сполучної тканини: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.10. – Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, 2007. – 21 с.
3. Василенко Г. П. Диспластиковые изменения органов дыхания // Медицина и образование Сибири. – 2010. – № 3. – С. 21-22.

4. Ерохин В. В. Клиническая биология легких в норме и при патологии / Под ред. В. В. Ерохина, Л. К. Романовой. – М., 2000. – С. 209-221.
5. Клеменов А. В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани. – М.: Информатек, 2006. – 120 с.
6. Марушко Ю. В. Синдром дисплазии соединительной ткани у детей (обзор литературы) // Современ. педиатрия. – 2005. – № 4. – С. 167-171.
7. Омельченко Л. И., Николаенко В. Б. Дисплазия соединительной ткани у детей // Doctor. – 2004. – № 1. – С. 44-47.

REFERENCES

1. Abakumova L.N. *Klinicheskie formy displazii soedinitel'noy tkani u detey*. [Clinical forms of conjunctive tissue dysplasia in children]. St. Petersburg, 2006, 36 p.
2. Baklunov V.V. *Kliniko-immunologichni osoblivosti retsidivuyuchogo bronkhitu u ditey z sistemnoyu displazieyu spoluchnoy tkanini*. Diss. kand. med. nauk. [Clinical immunological specific features of relapsing bronchitis in children with conjunctive tissue dysplasia. Cand. Diss.] 14.01.10. Kharkov Medical Academy of Postgraduate Training, 21 p.
3. Vasilenko G.P. Dysplastic dependent changes in respiratory organs. *Meditsina i Obrazovanie v Sibiri*, 2010, no. 3, pp. 21-22. (In Russ.)
4. Yerokhin V.V. *Kletochnaya biologiya lyogkikh v norme i pri patologii*. [Cellular biology of the lungs in health and pathology]. Edited by V.V. Yerokhin, L.K. Romanova. Moscow, 2000, pp. 209-221. (In Russ.)
5. Klemenov A.V. *Nedifferentsirovannaya displaziya soedinitel'noy tkani*. [Non-differentiated dysplasia of conjunctive tissue]. Moscow, Informatekh Publ, 2006, 120 p.
6. Marushko Yu.V. Syndrome of conjunctive tissue dysplasia in children (literature review). *Sovremen. Pediatriya*, 2005, no. 4, pp. 167-171. (In Russ.)
7. Omelchenko L.I., Nikolaenko V.B. Conjunctive tissue dysplasia in children. *Doctor*, 2004, no. 1, pp. 44-47. (In Russ.)

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Суханова Лидия Анатольевна

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

профессор кафедры детской фтизиатрии и пульмонологии, 61121, г. Харьков, ул. Тимуровцев, д. 31а,

Тел.: 97-31-36,

E-mail: sla2011@i.ua

Поступила 02.04.2015

ИННОВАЦИОННОЕ ПРОИЗВОДСТВО И БЕЗУПРЕЧНАЯ ДИСТРИБУЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ



Эдвансд Групп
Группа компаний «Эдвансд»:
ООО «Эдвансд Трейдинг»
ООО «Эдвансд Фармасьютикалс»

ООО «ЭДВАНСД ТРЕЙДИНГ» (Москва) является официальным поставщиком в России противотуберкулезных препаратов производства Маклеодз Фармасьютикалз Лтд (Индия), а также других известных мировых производителей. Эти противотуберкулезные лекарственные средства имеют высокое качество, соответствующее признанным международным стандартам (WHO GMP, US FDA, GLC, GDF, MSF). Они занимают доминирующее положение в списке преквалификации ВОЗ и рекомендуются авторитетными международными организациями (Комитет Зеленого Света) и отечественными специалистами. Приоритетом компании является поставка высококачественных лекарственных препаратов.

123182, г. Москва, ул. Щукинская, д.2, этаж 3
Тел: +7 495 915 84 26
e-mail: info@atcl.ru
www.atcl.ru