

Д. В. Евтух, О. О. Лисаева

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. М. И. Дюсьмикеева

Кафедра фтизиопульмонологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** Знание ранних клиничко-морфологических проявлений лекарственно-устойчивого туберкулеза (ЛУ-ТБ) имеет большое значение для своевременного выявления заболевания и последующего назначения адекватного лечения. Это обусловлено преимущественным использованием традиционных методов определения лекарственной чувствительности, требующих для получения результата длительного времени.*

***Ключевые слова:** лекарственно-устойчивый туберкулез, клиничко-рентгенологическая семиотика, морфология.*

***Resume.** The knowledge of the early clinic-morphological manifestations of drug-resistance tuberculosis (DR-TB) is of great importance for timely detection of the disease and the subsequent purpose of adequate treatment. It is caused by primary use of the traditional methods of determination of drug resistance demanding for receiving result of a long time.*

***Keywords:** drug-resistant tuberculosis, clinic-radiological semiotics, morphology.*

Актуальность. Проблема туберкулеза с лекарственной устойчивостью обусловлена высокой заболеваемостью, смертностью, неудовлетворительными результатами лечения этой формы заболевания и негативным влиянием на общую эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в мире и Республике Беларусь [3,4,5].

Вопрос ранних клиничко-рентгенологических и морфологических проявлений лекарственно-устойчивого туберкулеза остается совершенно неосвещенным до настоящего времени. В условиях преимущественного использования традиционных методов определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза (МБТ), требующих для получения результата достаточно длительного времени, знание ранних клиничко-морфологических особенностей лекарственно-устойчивого ту-

беркулеза имеет особое значение [1,2].

Цель: выявить отличительные особенности клинико-рентгенологических и морфологических проявлений ЛУ-ТБ.

Задачи:

1. Определить типичные для лекарственно-устойчивого туберкулеза рентгенологические синдромы с целью оптимизации диагностики туберкулеза легких с лекарственной устойчивостью возбудителя.

2. Установить тканевые и клеточные особенности лекарственно-устойчивого туберкулеза легких, а также выделить диагностически значимые признаки специфического и неспецифического воспаления.

Материал и методы. Проведено ретроспективное изучение историй болезни 57 пациентов, находившихся на оперативном лечении в туберкулезном (хирургическом торакальном) отделении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии». Возрастно-половой состав: мужчины – 64,9%, средний возраст – 43,08 лет; женщины – 35,1%, средний возраст – 39,7 лет. В 29 случаях (50,9%) жалобы при поступлении отсутствовали, пациенты выявлены при профилактическом осмотре. В остальных случаях пациенты предъявляли жалобы на общую слабость, похудание, повышение температуры, кашель, иногда с кровохарканьем, нарастающую одышку.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов была выявлена лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза, в том числе по одному случаю монорезистентности (2,0%) и полирезистентности (2,0%), в 23 случаях (45,1%) выявлена множественная лекарственная устойчивость и в 26 случаях (50,9%) – широкая лекарственная устойчивость (рис. 1).

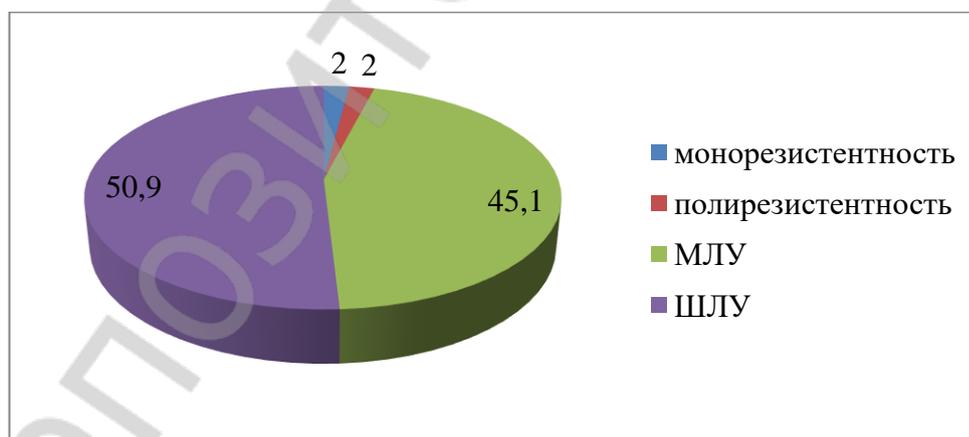


Рисунок 1 – Спектр лекарственной устойчивости МБТ

У пациентов, имеющих лекарственную устойчивость, чаще всего встречались тяжелые формы туберкулеза. По клинико-рентгенологическим диагнозам пациенты распределились следующим образом: фиброзно-кавернозный туберкулез – 25 случаев (43,86%), инфильтративный туберкулез, в том числе казеозная пневмония – 25 случаев (43,86%), прочие формы туберкулеза – 7 случаев (12,28%) (рис. 2).

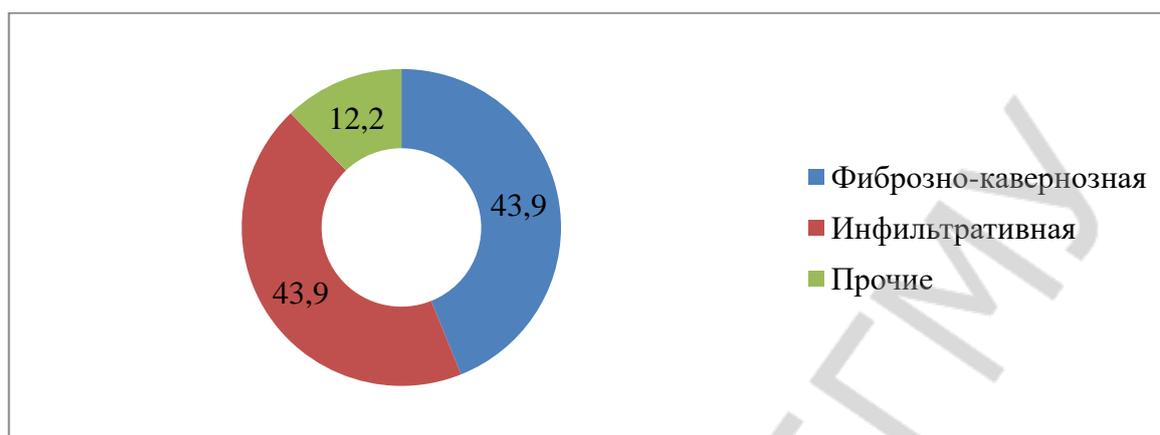


Рисунок 2 – Клинические формы туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя

Основная масса пациентов, это пациенты после неудачного лечения – 33 случая (57,9%). Было также выявлено 10 новых случаев (17,5%) и 6 рецидивов (10,5%). Остальные пациенты – это случаи после первого неэффективного курса химиотерапии, лечение после отрыва и прочее.

Отмечалась наибольшая частота визуализации таких рентген-синдромов как очаги с фокусами (47,4%) и альвеолярная инфильтрация, патоморфологической основой которой является казеозный некроз с зоной перифокального воспаления. Определялись также полостные образования в легких, жидкость в плевральной полости, увеличение внутригрудных лимфоузлов более 1 см. В группе пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом в 45,6% случаев были поражены оба легких, распространенность процесса более 2-х сегментов составила 61,4%, объем поражения верхней доли был наибольшим (40,4%), плевра вовлекалась в процесс в 63,2% случаев (рис. 3).



Рисунок 3 – Рентгенологические синдромы, типичные для ЛУ-ТБ (полости распада)

Выявлены особенности тканевых и клеточных реакций у пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом:

1. Большая распространенность специфического и неспецифического воспаления в легких.

2. Отставание темпов репарации очагов поражения, что во многом обусловлено тотальным воспалением бронхов (специфическим и неспецифическим) с нарушением их дренажной функции.

3. Формирование обширных перифокальных инфильтратов вокруг очагов специфического воспаления, состоящих из липофагов и макрофагов, содержащих микобактерии туберкулеза.

4. Более выраженные повреждения микроциркуляторного русла.

5. Очагово-диффузные лимфоидно-клеточные пролиферации с формированием многочисленных лимфонодулей (рис. 4).

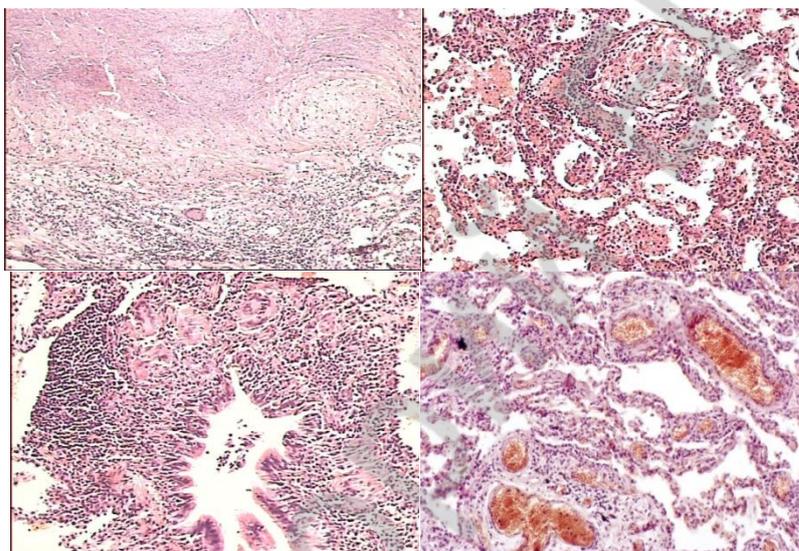


Рисунок 4 – Морфологические проявления ЛУ-ТБ

При сравнении результатов бактериоскопии и бактериологического исследования (традиционными методами с использованием плотных питательных сред и с использованием автоматизированных систем ВАСТЕС MGIT 960) респираторных образцов (мокрота) и тканевого материала (резекционный материал – очаги туберкулезного воспаления, очаги-отсевы, визуально неизменная легочная ткань на удалении от основного очага) положительный результат чаще отмечался при исследовании резекционного материала (табл. 1).

Таблица 1. Сравнительный анализ результатов бактериоскопии и бактериологического исследования респираторных образцов и тканевого материала

Вид исследования	Результат	Материал исследования	
		мокрота	резекционный материал
бактериоскопия (микроскопия на КУБ)	КУБ не обнаружены	44 (77,19%)	29 (59,18%)
	КУБ обнаружены	13 (22,81%)	20 (40,82%)

бактериологическое исследование (посев) с использованием плотных питательных сред	культура микобактерий не выделена	12 (27,91%)	7 (19,44%)
	культура микобактерий выделена	30 (69,77%)	29 (80,56%)
бактериологическое исследование (посев) с использованием автоматизированных систем (ВАСТЕС MGIT 960)	культура микобактерий не выделена	15 (36,59%)	9 (26,47%)
	культура микобактерий выделена	21 (51,22%)	24 (70,59%)

Выводы:

1. Определение типичных для лекарственно-устойчивого туберкулеза рентгенологических синдромов позволяет оптимизировать диагностику туберкулеза легких с лекарственной устойчивостью возбудителя.
2. Морфологическое исследование материала дает возможность выявить тканевые и клеточные особенности лекарственно-устойчивого туберкулеза легких, а также выделить диагностически значимые признаки специфического и неспецифического воспаления.
3. Метод бактериологического исследования тканевого материала позволяет повысить эффективность микробиологической диагностики туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя.

D. V. Evtuh, O. O. Lisaeva

CLINIC-MORPHOLOGICAL PARALLEL OF DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

Tutors: associate professor M. I. Dziusmikeyeva

*Department of ftiziopulmonology,
Belarusian state medical university, Minsk*

Литература

1. Алгоритм выявления туберкулеза органов дыхания с использованием ускоренных бактериологических и молекулярно-генетических методов диагностики : инструкция по применению / Сост. Г.Л. Гуревич и др. – Минск, 2013 – 7 с.
2. Гуревич, Г. Л. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью на различных уровнях оказания медицинской помощи / Г. Л. Гуревич, Е. М. Скрягина, О. М. Залуцкая // Достижения медицинской науки Беларуси: рецензируемый науч.-практ. ежегодник. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, ГУ «Респ. науч. мед. б-ка» ; ред.: В. И. Жарко (гл. ред.) и др. – Вып. 18. – Минск : ГУ РНМБ, 2013. – С. 159–160.
3. Приоритетные направления современного этапа борьбы с туберкулезом в Беларуси / Г.

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

Л. Гуревич и др. // Современные проблемы диагностики и лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза : материалы междунар. науч.-практ. конф. с междунар. участием – Минск, 2013. – С. 2–7.

4. Alarming levels of drug-resistant tuberculosis in Belarus: results of a survey in Minsk / A. Skrahina et al. // Eur. Respir. J. Off. – 2011. – №1. – P. 27.

5. Global Tuberculosis Report 2013 / World Health Organization. – Geneva: Switzerland, 2013.