

Харитон В. А., Алексеенко А. В.

ДИФДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

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

Кафедра фтизиопульмонологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Несмотря на то, что в Республике Беларусь в течение последних двух десятилетий неуклонно снижаются показатели заболеваемости и смертности, туберкулез продолжает оставаться распространенным заболеванием, наносящим значительный ущерб здоровью населения и экономике страны.

Цель: изучение информативности молекулярно-генетических технологий в этиологической дифференциальной диагностике туберкулеза.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 315 стационарных карт пациентов ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» (58 за 2008 год и 257 за 2018 год). Всем пациентам выполнялась видеоассистированная торакоскопия с забором материала (ткань легких) для последующего морфологического, бактериологического и молекулярно-генетического исследования (Xpert/MTBRif, LPA).

Результаты и их обсуждение. Морфологические диагнозы в 2008 г.: туберкулез - 32 (55,2%), саркоидоз - 21 (36,2%), рак легкого – 5 (8,6%). Выявлены следующие формы туберкулеза: туберкулема – 22 (69,0%); очаговый туберкулез – 1 (3%); кавернозный туберкулез – 1 (3%); фиброзно-кавернозный туберкулез – 7 (22%); казеозная пневмония – 1 (3%). Морфологические диагнозы в 2018 г.: туберкулез - 95 (37,0%), саркоидоз - 119 (46,3%), рак легкого - 27 (10,5%), микобактериоз - 16 (6,2%). Формы туберкулеза: инфильтративный туберкулез легких – 42 (44,2%), из них 2 в фазе распада и обсеменения, 2 в фазе реактивации; туберкулема – 28 (29,5%): активная фаза – 22, фаза реактивации – 1, стабильная фаза – 1, конгломератная туберкулема – 2, конгломератная с распадом – 1, множественная – 1; туберкулез плевры – 13 (13,5%), из них 2 эмпиемы плевры; фиброзно-кавернозный туберкулез – 6 (6,3%): с перифокальной диссеминацией – 1, фаза умеренного прогрессирования – 4, активная фаза – 1; диссеминированный туберкулез легкого – 3 (3,2%); спондилит – 2 (2,2%); силикотуберкулез – 1 (1,1%). Локализация туберкулезных очагов в 2008/2018 гг. была следующей: в правом легком – 16 (50,0%)/46 (55,4%), в левом легком – 16 (50,0%)/35 (42,1%), в 0 (0%)/2 (2,5%) случаях затронуты оба легких; верхняя доля – 21 (65,6%)/72 (86,7%) случая, средняя и нижняя доли – 11/9.

Кислотоустойчивые микобактерии в операционном материале выявлены в 23 (24,2%) случаях (чувствительность – 24,2%, специфичность – 98,3%). Положительные пробы Xpert MTB/Rif отмечены у 64 (67,4%) пациентов (чувствительность метода составила 67,4%, специфичность – 91,7%). Результат исследования получен в 1-е сут., что позволило начать соответствующее лечение с учетом лекарственной чувствительности возбудителя. Схожую чувствительность (70,5%) и специфичность (98,3%) выявили и для метода Bactec MGIT 960, но срок ожидания результата в среднем составил 33,4±11,4 сут. При использовании метода LPA чувствительность и специфичность составили 32,6 и 100% соответственно. Наиболее чувствительным среди бактериологических методов диагностики остается исследование посевов на твердых средах Левенштейна – Йенсена (чувствительность – 75,8%, специфичность – 100%), но срок ожидания результата в среднем 61,7±12,5 сут. делает его методом окончательного подтверждения диагноза, а не методом первичной диагностики туберкулезного процесса.

Выводы. Для повышения эффективности диагностики туберкулеза существует необходимость в параллельном использовании одновременно морфологических методов и комплекса традиционных и ускоренных микробиологических и молекулярно-генетических методов, что значительно сокращает сроки установления диагноза, а, следовательно, и сроки начала лечения и сроки конверсии мокроты в днях.