

Гуревич Г.Л., Скрягина Е.М., Калечиц О.М., Кривонос П.С., Бубель Л.И.,
Бабченко А.М., Кралько В.Я., Кудлач Н.И., Лантухов А.В., Новская Г.К.,
Астровко А.П., Дюсьмикеева М.И.

ОПЫТ РАБОТЫ КОМИССИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ МАЛЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА
БЕЗ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ//Медицинская панорама, 2013, №2, С.94-95

РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии; Белорусский государственный медицинский
университет, г. Минск

Регулярно проводимые с профилактической целью рентгено-флюорографические осмотры населения позволяют выявить значительное число лиц с изменениями в органах дыхания, подозрительными на туберкулез. Этим лицам необходимо проводить углубленный диагностический поиск, направленный на верификацию диагноза [4]. Вторую группу диагностических пациентов составляют лица, обратившиеся в поликлиники с легочными симптомами и выявленными рентгенологически изменениями в легких, третью группу - пациенты стационарных отделений больниц, чаще терапевтического и пульмонологического профиля.

Согласно интегрированному алгоритму диагностики туберкулеза органов дыхания (ТОД), на первоначальном этапе у пациентов трижды исследуется бактериоскопически мокрота на микобактерии туберкулеза (МБТ) и проводится в течение 10- 14 дней неспецифическая тест-терапия антибиотиками, не обладающими антимикобактериальной активностью [1]. При отрицательных результатах бактериоскопии мокроты и отсутствии положительного эффекта от тест-терапии требуется консультация пациента на более высоком уровне, которым является комиссия по установлению диагноза ТОД, не подтвержденного бактериологически и/или гистологически (далее - комиссия), так называемых малых форм туберкулеза.

В ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» диагностическая комиссия создана приказом директора и функционирует с сентября 2010 года. В ее состав входят научные сотрудники (д.м.н. и к.м.н.), сотрудники кафедры фтизиопульмонологии БГМУ (доценты), врач-рентгенолог кабинета компьютерной диагностики, торакальный хирург, зав. пульмонологическим отделением, врачи-фтизиатры (зав. противотуберкулезным диспансерным отделением, зав. приемным отделением), врач-патологоанатом, врач-бактериолог, сотрудники организационно-методической службы. Заседания комиссии проводятся еженедельно. При необходимости на заседания комиссии приглашаются другие специалисты (бронхолог, иммунолог, кардиолог и др.).

Для верификации диагноза туберкулеза нами использовались данные компьютерной томографии, видеоторакоскопии с морфологическим исследованием субстрата, фибробронхоскопии, лабораторных методов (ПЦР в режиме реального времени, квантифер-роновый тест (QFT-GIT), диаскинтест, ускоренная детекция микобактерий туберкулеза с помощью автоматизированной системы Bactec MCGT 960; молекулярно-генетические методы - Сепо Type (R) MTBDR plus (Hain Life Science), Gene Xpert MTB/Rif) [2, 3].

В период 2010-2012 гг. на комиссии проконсультировано 1 469 пациентов, которым выданы заключения о диагнозе и рекомендации о дальнейшем наблюдении и/или лечении. Среди пациентов мужчин было 974, женщин - 495; возраст: до 20 лет - 36 чел., 21-30 лет - 256 чел., 31-40 лет - 427 чел., 41-50 лет - 293 чел., 51-60 лет - 250 чел., старше 60 лет - 207 чел. При первой консультации на комиссии диагноз установлен в 1 025 случаях (69,8%/о), 444 пациентам (30,2%) требовалась повторная консультация (табл. 1).

Таблица 1

Частота постановки диагноза туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний

	Первичная	Повтор	Всего
--	-----------	--------	-------

Диагноз	консультация		консультация			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
	Новые случаи активного туберкулеза	606	59,1	161	36,2	767
Рецидивы туберкулеза	52	5,1	30	6,8	82	5,6
Рентгеноположительные лица	64	6,2	13	2,9	77	5,2
Нетуберкулезные заболевания органов дыхания	303	29,6	240	54,1	543	37,0
Итого	1025	100	444	100	1469	100

Как видно из данных, приведенных в табл. 1, диагноз активного ТОД установлен в 57,8% случаев, неспецифических заболеваний - в 37,0%. У 5,2% лиц диагностированы остаточные изменения в органах дыхания после спонтанно или клинически излеченного туберкулеза.

Из 1 236 пациентов, направленных противотуберкулезными учреждениями с предварительным диагнозом «туберкулез легких», активный специфический процесс подтвержден в 857 случаях (69.3%). Из 233 пациентов с предварительным диагнозом неспецифического процесса в легких в 69 случаях (29.6%) диагностирован туберкулез органов дыхания (табл. 2).

Как видно из табл. 2, наибольшее число пациентов, направленных на комиссию, составляли жители г. Минска (952 чел.), в том числе 859 чел. с диагнозом туберкулеза органов дыхания, и жители Минской области (210 чел.).

Среди 543 пациентов, у которых установлен диагноз нетуберкулезного заболевания органов дыхания, чаще всего диагностировались: поствоспалительный пневмофиброз - 296 чел. (54,5%), внегоспитальная пневмония - 93 (17,1%), онкопатология - 76 (14,0%), легочно-медиастинальная форма саркоидоза - 41 (7,6%), хронический необструктивный бронхит - 10

Таблица 2

Частота диагностики туберкулеза и неспецифических заболеваний органов дыхания у пациентов разных регионов республики

Наименование области	Направлено с диагнозом туберкулеза органов дыхания					Направлено с диагнозом неспецифического заболевания органов дыхания				
	Всего	Диагноз ТБ подтвержден		Диагноз ТБ снят		Всего	Установлен диагноз ТБ		Установлен диагноз нетуберкулезного заболевания	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%		абс. ч.	%	абс. ч.	%
г. Минск	859	560	65,2	299	34,8	93	36	38,7	57	61,3
Брестская	64	45	70,3	19	29,7	35	9	25,7	26	74,3
Витебская	20	17	85,0	3	15,0	23	5	21,7	18	78,3
Гомельская	41	29	70,7	12	29,3	27	9	33,3	18	66,7
Гродненская	47	42	89,4	5	10,6	8	-		8	100
Минская	171	140	81,9	31	18,1	39	8	20,5	31	79,5
Могилевская	34	24	70,6	10	29,4	8	2	25,0	6	75,0
Всего по республике	1236	857	69,3	379	30,7	233	69	29,6	164	70,4

(1,8%), идиопатический фиброзирующий альвеолит - 9 (1,6%), экзогенный альвеолит и эмпиема плевры - по 4 случая (1,5%), I микобактериоз - 3 (0,6%), муковисцидоз и кистозная гипоплазия легких - по 2 случая (0,7%), хронический абсцесс, ретенционная киста легкого и пневмокониоз - по 1 случаю (0,6%).

Таким образом, опыт работы комиссии ГУ «РНПЦ пульмонологи и фтизиатрии» по диагностике малых форм туберкулеза без бактериовыделения показывает ее высокую эффективность для практического здравоохранения и целесообразность создания подобных комиссий в областных противотуберкулезных организациях.

Литература

1. Гуревич, Г.Л. Интегрированный алгоритм диагностики туберкулеза органов дыхания/Г.Л. Гуревич. О.М. Калечиц// Туберкулез современного периода. Матер, междунар. науч.-практ. конф. «Современные медицинские технологии в диагностике, | лечении и диспансерном наблюдении пациентов с туберкулезом». Минск. 2012. С. 359-162.
2. Причины гипердиагностики туберкулеза органов дыхания без бактериовыделения и пути их устранения/О.М. Калечиц [и др.]// Современные проблемы туберкулеза. Минск. 2011. С. 134.
3. Проблемы диагностики малых форм туберкулеза органов дыхания без бактериовыделения/О. М. Калечиц [и др.] // Туберкулез современного периода. Матер, между нар. % науч. -прокт. конф. «Современные медицинские технологии в диагностике, лечении | и диспансерном наблюдении пациентов с туберкулезом». Минск.2012. С. 162-167. |
4. Юрасова,Е.Д. Эффективность выявления туберкулеза легких в современных эпидемических условиях: автореф. дис. ...канд. мед. наук/СЛ. Юрасова. М.,2011.26 с.

Using Results of New Laboratory Test for Tuberculosis Infection in Children/ Zh. Kryvasheyeva¹, A. Astrovko², N. Emeljanova¹, I. Babchenok², N. Morozkina¹, P. Krivanos¹,//Abstracts of 23th Annual Congress, Barcelona, Spain, 7-11 october, 2013, P