

ТРУДНОЩІ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Авдоніна О.В., Степанова Т.О.

науковий керівник – проф. Крижановський Д.Г.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра фтізіатрії

В даний час фтізіатрична служба має в своєму розпорядженні достатньо ефективних методик бактеріологічної діагностики збудника туберкульозу, включаючи молекулярно-генетичні методи (Хайн-тест, «GeneXpert») і прискорену детекцію мікобактерій туберкульозу (МБТ) за допомогою автоматизованої системи Bactec MGIT 960; Quanti FERON-TB тест; рентгенологічні методи, серед яких важливе місце відводиться комп'ютерній томографії (КТ) органів грудної клітки; морфологічне дослідження біопсійного матеріалу, отриманого при щипцевій фібробронхоскопії (ФБС) і відеоторакоскопії (ВТС). Труднощі в діагностиці специфічного характеру патологічних змін виникають при виявленні під час проведення профілактичних рентгенофлюорографічних оглядів населення невеликих процесів, дисемінованих вогнищ і округлих утворень в легенях. Так як клінічних проявів хвороби у цих пацієнтів немає, то туберкульозна етіологія змін в легенях встановлюється, як правило, на підставі тільки рентгенологічної картини, при цьому найчастіше без проведення комп'ютерної томографії. Відомо, що інформативність рентгенологічного дослідження недостатньо і, отже, існує ймовірність гіпо-та гіпердіагностики туберкульозу. За даними В.Н. Адамовича частота помилкової діагностики складає при дисемінованих процесах - 48,1- 62%, полостних - 68,7%, інфільтративних - 58,3%, ураженнях внутрішньогрудних лімфатичних вузлів середостіння - 55,8%. За даними Каленіца О.М. і співавт. в протитуберкульозних закладах серед пацієнтів з малими формами туберкульозу органів дихання без бактеріовиділення у 30,7% випадків має місце гіпердіагностика активного туберкульозу; в той час як в організаціях загальної лікувальної мережі має місце гіподіагностики малих форм туберкульозу органів дихання у 27,4% випадках.

Однією з основних причин гіпер-і гіподіагностики малих форм туберкульозу є невиконання лікарями алгоритму обстеження пацієнтів з симптомами захворювань органів дихання.

Виявлення та діагностика туберкульозу органів дихання повинні проводитися у наступних категорій пацієнтів:

- з симптомами запального бронхолегеневого захворювання (респираторними симптомами): продуктивний / сухий кашель більше 3 тижнів; кровохаркання; болі у грудній клітині, пов'язані з диханням;
- з інтоксикаційними симптомами тривалістю більше 3 тижнів: підвищенням температури тіла; слабкістю; підвищеною пітливістю, особливо в нічний час; втратою маси тіла та ін.

У всіх випадках пацієнтів з респираторними та/або інтоксикаційними симптомами після збору анамнезу, виявлення факторів ризику туберкульозу та фізикального огляду необхідно обстежити рентгенологічно (або флюорографічно) і 3-хкратно здійснити бактеріоскопічне дослідження мокротиння. У разі коли кислотостійкі бактерії (КСБ) в мокроті не виявлені, а при рентгенологічному обстеженні виявлені раніше не реєстровані зміни з боку органів дихання, пацієнту необхідно провести неспецифічну тест-терапію протягом 10-14 днів. Даній категорії пацієнтів не слід призначати антибіотики з антимікобактеріальною активністю (рифампіцин, стрептоміцин, канаміцин, амікацин, офлоксацин, моксифлоксацин, гатіфлоксацин, лінезолід). При повному або значному розсмоктуванні запальних змін в легенях, поліпшенні загального стану пацієнта, слід трактувати виявлені зміни як пневмонію і продовжити спостереження (і / або лікування) в загальної лікувальної мережі. У разі відсутності або незначної клініко-рентгенологічної динаміки слід додатково здати 2 зразки мокротиння для виявлення МБТ бактеріологічним методом, провести тестування пацієнта на ВІЛ, а також, при необхідності, направити пацієнта на консультацію до фтізіатра, дослідити мокротиння на неспецифічну мікрофлору, здійснити спірографічне дослідження з функціональними пробами. При висівання збудника туберкульозу, виявлення ВІЛ-інфекції пацієнт направляється на консультацію (лікування) в протитуберкульозний диспансер, де можуть встановлюватися діагнози туберкульозу, ВІЛ-асоційованого туберкульозу та / або мікобактеріозу.

Таким чином, до теперішнього часу зберігаються труднощі у своєчасній діагностиці туберкульозу органів дихання, незважаючи на поліпшення оснащення лікувально-профілактичних установ діагностичним обладнанням. Частота помилкової діагностики туберкульозу як в сторону гіпердіагностики, так і в бік гіподіагностики зберігається на високих цифрах. При утрудненнях з діагнозом надалі необхідно проводити дообстеження (бронхоскопію, комп'ютерну томографію, відеоторакоскопію з біопсією легень) з подальшою консультацією вузькопрофільних фахівців для верифікації легеневого захворювання. Подальша тактика ведення пацієнта залежить від результатів проведених обстежень та проведених консультацій.