

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЫСТРЫХ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОНИЙ И ТУБЕРКУЛЁЗА.

Абрамчик А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фтизиопульмонологии

Научный руководитель – ст. преподаватель. Масилевич А.М.

Актуальность: Дифференциальная диагностика заболеваний органов дыхания является повседневной в пульмонологической практике. Наиболее часто приходится сталкиваться с трудностями в верификации диагноза между пневмонией и туберкулёзом.

Сложности в постановке диагноза туберкулёза возникают у больных со скудным бактериовыделением, когда результаты бактериоскопии, как менее чувствительного метода, оказываются отрицательными. Современные методы диагностики открывают новые возможности быстрой диагностики туберкулеза. Одним из таких высокочувствительных методов является полимеразная цепная реакция (ПЦР). Чувствительность этого метода достигает 100% для кислотоустойчивых бактерий (КУБ)-положительных образцов и 70% для КУБ-отрицательных образцов. Длительность исследования 4 часа.

Цель: показать высокую информативность новых быстрых методов обследования для выявления МБТ.

Методы исследования и результаты: На базе пульмонологического отделения ГОКБ медицинской реабилитации у 24 больных, поступивших в стационар с диагнозом пневмония, при анализе анамнестических, клиничко-рентгенологических данных, подозрительных на туберкулёз, в первые 2-3 дня после поступления в стационар, на фоне проводимой антибактериальной терапии, проводилось трёхкратное бактериоскопическое исследование мокроты на КУБ, а также выполнялось фибробронхоскопия (ФБС) под местной анестезией с взятием бронхоальвеолярного смыва (БАС) из дренирующего бронха, определяемого по данным рентгенограммы. БАС исследовался методом ПЦР на МБТ. Результат проведенного исследования показал: из 24 больных у двух были обнаружены КУБ в мокроте методом бактериоскопии и одновременно МБТ (микобактерии туберкулеза) методом ПЦР в бронхоальвеолярном смыве. У 6 больных КУБ в мокроте бактериоскопически не определялись, а исследование БАС на МБТ было положительным. Эта группа больных была переведена во фтизиатрический стационар, где у всех больных наличие МБТ было подтверждено бактериологическим методом. У остальных 18 больных результаты исследования мокроты бактериоскопически и БАС методом ПЦР дали отрицательные результаты, они продолжили антибактериальную терапию и спустя 10-12 дней на контрольных рентгенограммах изменения в лёгких не были выявлены, что и подтверждало диагноз пневмонии.

Выводы: метод ПЦР может быть использован как высокочувствительный в быстрой диагностике туберкулёза; повышение его результативности возможно при исследовании БАС, полученного при ФБС из дренирующего бронха, что актуально при обследовании больных, не выделяющих мокроту; ПЦР позволяет своевременно выявлять больных туберкулёзом, уменьшить экономические затраты на курс антибактериальной терапии, снизить возможный риск инфицирования больных и медперсонала.

Литература:

1. Приказ МЗ РБ от 22.08.2012г. №939 «Клиническое руководство по лечению туберкулёза и его лекарственно- устойчивых форм. – Минск, 2011- 81с.

2. Организация противотуберкулёзной помощи населению: учебное пособие/П.С.Кривонос, Ж.И.Кривошеева, Н.С.Морозкина (и др.). – Минск: Белсэкс, 2011 – 144с.