

пробы Манту с 2 ТЕ и Коха от 20 до 100 ТЕ. В 27,7% случаев проба Коха была положительная. В плане комплексного лечения у 33,3% больных была произведена нефрэктомия, патоморфологическое исследование удаленной почки подтвердило диагноз туберкулеза.

Анализ полученных данных свидетельствует о поздней диагностике мочевого туберкулеза в трудоспособном возрасте из-за низкого уровня работы с группами риска, отсутствия настороженности и знаний по фтизиоурологическому туберкулезу, поэтому для лечения таких больных требуются органосохраняющие операции.

95

РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ АКТИВНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА И СИЛИКОТУБЕРКУЛЕЗА

Фадина О.В., Миронова А.Л.

г. Екатеринбург

Цель работы – проверка информативности биохимических тестов в диагностике активности туберкулеза и силикотуберкулеза легких.

Сопоставлены биохимические показатели бронхо-альвеолярного смыва (БАС) и сыворотки крови у больных туберкулезом и силикотуберкулезом легких в фазе инфильтрации (n=85) и в фазе рассасывания и уплотнения (n=56), (таблица).

Биохимические тесты	Показатели активности туберкулеза легких (фаза инфильтрации)	Информативность тестов, %
Общий блок БАС	< 0,35	82,5
Общие липиды БАС	< 1,3 мг/мг белка	70,7
Антипротеолитическая активность БАС	> 173 МНЕ/мг белка	79,5
Общие липиды сыворотки крови	< 5,4 г/л	78,1
Церулоплазмин сыворотки крови	> 285 мг/л	75,6
Гаптоглобин сыворотки крови	> 1,65 мг/л	72,5
АПА бас/АПА сыв.	< 285 мг/л	89,9

Выводы:

1. Выделены наиболее информативные биохимические показатели активности туберкулеза легких.

2. Комплекс показателей из общего белка БАС, отношения АПАбас/АПАсыв. и процент флюоресцирующих альвеолярных макрофагов в БАС имеет информативность 93,5% при диагностике активности туберкулеза легких.

96

КОМПЛЕКСНОЕ ЛУЧЕВОЕ И ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК

Карташов М.В.

Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

С целью уточнения семиотики современных форм туберкулеза почек на основе комплексного лучевого исследования, включающего УЗИ, уротомографию, КТ и МРТ, и определения наиболее оптимальной схемы диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза почек обследовано 62 пациента с различными формами заболевания. Возраст пациентов колебался от 17 до 65 лет. Туберкулезное поражение почек подтверждено у 33 чел. морфологически после операции, у остальных 29 – на основании выявления МБТ в материале.

Формы туберкулеза почек распределились следующим образом: кавернозный и поликавернозный туберкулез составил 38 случаев (61,2%), туберкулез паренхимы почек – 17 (27,4%), туберкулезный папиллит – 4 (6,4%), очаговый туберкулез (обызвествленные туберкулемы) – 2 (3,2%), полное омертвление – 1 случай (1,6%).

Наиболее частыми и достоверными признаками при всех методах было выявление полостных образований при неизменных размерах и форме почки (36,4%), отсутствие функции мочевого отделения с изменением формы и размеров почки (18,2%), наличие обызвествлений в паренхиме (27,3%). Сочетание этих признаков или выявление одного из них позволило заподозрить туберкулезный характер процесса в 41 из 62 случаев, или в 66,1%.

Ни один из используемых методов лучевой диагностики в отдельности не позволил выявить указанные симптомы одновременно во всех случаях. Так, при УЗИ кальцинированные включения в паренхиме доказаны в шести из 15 случаев, каверны или кистозные полости – в 10 из 20. Данные экскреторной урографии и КТ по характеристике полости совпали в 80%, а деструктивный папиллит диагностирован лишь при ЭУ (7,2%).

Характер изменений ЧЛС и мочеточников, мочевого пузыря установлен, при экскреторной урографии, без чего было невозможно полностью достоверно охарактеризовать патологический процесс. Различные признаки сочетанной патологии были подтверждены или установлены в 21,8% случаев.

Исследование мочи на МБТ (трехкратный посев) сохраняет важнейшее значение для выявления и диагностики заболевания. При этом высокая выявляемость (1,2-5%) наблюдается при рецидивах легочного туберкулеза и у лиц с хроническим мочевым синдромом. Поэтому данное исследование должно быть обязательным при отклонениях в общем анализе мочи у лиц, когда нет конкретного диагноза или имеется диагностический ряд: пиелонефрит, рак, туберкулез и т.д.

Предложен алгоритм комплексного лучевого и клинко-лабораторного обследования на туберкулез почек, включающий в себя комплексное лучевое исследование и посев мочи на МБТ.

97

ПЛЕВРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Савельев А.В., Красноторова С.Ю., Фадина О.В., Костина Г.И., Блинова Л.В.

Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

Трудности дифференциальной диагностики плеврита туберкулезной этиологии общеизвестны и сохраняются до настоящего времени, несмотря на использование современных технологий выявления малых количеств жидкости в плевральных полостях.

В задачу исследования входит повышение достоверности и точности диагноза туберкулезного плеврита на основе комплекса диагностических методов и раннего применения биоптической верификации. Изучен диагностический процесс у 598 больных плевральным синдромом. Из них туберкулез установлен в 49,6% случаев, параневоинфекционный плеврит – в 17,9%, метастатический рак – 14,9%, мезотелиома плевры – 4,7%. Другие заболевания (22 нозологические формы) составили 12,8%. Следовательно, основную группу поражений, сопровождающихся выпотом, составляют четыре заболевания: туберкулез, рак, пневмония, мезотелиома плевры, и внутри этой группы необходимо проводить диагностический поиск.

Разработан диагностический алгоритм комплексного лучевого обследования, позволяющий избежать дублирования, а также в течение первых недель заболевания определить показания к торакоскопической биопсии плевры с последующим морфологическим и бактериологическим исследованием материала. Методика позволяет диагностировать туберкулез, отличить его от сходного варианта при других поражениях в 98-100% случаев при условии проведения обследования в течение двух месяцев со дня заболевания.

98

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЛЕВРИТ И ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧЕК

Карташов М.В., Красноторова С.Ю.

Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

Туберкулезный плеврит может быть осложнением туберкулеза легких и самостоятельной формой туберкулеза, которая чаще диагностируется среди молодых лиц, впервые заболевших туберкулезом. В последние годы отмечается некоторый рост