

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

Анализ полученных данных свидетельствует о поздней диагностике мочеполового туберкулеза в трудоспособном возрасте из-за низкого уровня работы с группами риска, отсутствия настороженности и знаний по фтизиологическому туберкулезу, поэтому для излечения таких больных требуются органо-уносящие 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 смысла (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
Глутоглобин 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 симптоматики 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 (обязывствленные туберкулемы) - 2 (3,2%), полное омептование - 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 мочевыделения с изменением формы и размеров почки (18,2%), наличие обвязствлений 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 совпадли 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 клинико-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., Красноборова 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, парагневмонический 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., Красноборова 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

удельного веса экссудативного плеврита среди вновь регистрируемых случаев туберкулеза. В настоящее время доказано, что экссудативный плеврит всегда сопровождается специфическим буторковым поражением плевральных листков. Процесс по существу является гематогенным или лимфогематогенным.

В клинике за три года обследовано 297 больных туберкулезным плевритом, который подтвержден бактериологически и морфологически на основании биопсийных методов. Одновременно проводилось обследование мочевыделительной системы при наличии клинических отклонений, жалоб и любых изменений в общем анализе мочи. Эти больные составили 19,7% к числу больных плевритом. У трех больных (5%) при посеве мочи на искусственные среды установлено бактериовыделение (МБТ +). Комплексное лучевое обследование этих пациентов (УЗИ, КТ, экскреторная уротомография) не выявило деструктивных и очаговых изменений в почках и других патологических изменениях мочевыделительной системы. В одном случае при ЭУТГ выявлена краевая деструкция почечного сосочка размерами не более 4 мм.

Таким образом, установлено сочетание туберкулезного плеврита и туберкулеза паренхимы почек у 1% больных плевритом. Данное обстоятельство позволяет сделать вывод о необходимости тщательного обследования мочевыделительной системы у больных плевритом, обратив особое внимание на первичное обследование и наличие даже минимальных отклонений в общем анализе мочи. После этого решается вопрос о проведении серии посевов на МБТ. Следует учесть, что вся процедура обследования должна осуществляться быстро, до начала интенсивной химиотерапии, когда результаты посевов мочи на МБТ могут быть неинформативными.

99

ТОРАКОСКОПИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ И СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Пилькевич Д.Н., Винницкая Л.П., Гатаутов Д.М., Небогин А.В.

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Челябинск

За период с 1993 по 1997 гг. в первом хирургическом отделении Челябинского областного противотуберкулезного диспансера в целях диагностики экссудативных плевритов (92%) и спонтанного пневмоторакса (8%) выполнено 1057 торакоскопий. Операция производится по общепринятой методике из бокового доступа, под местной анестезией, нейропептаналгезией или комбинированным интубационным наркозом. При торакоскопии производится биопсия париетальной плевры, легкого, коагуляция буля и дефектов легкого, разрушение спаек, промывание раствором антисептика и др.

Отработанная на большом материале методика проведения торакоскопии позволяет выполнять ее и восьмилетним детям, и в 91-летнем возрасте. После операции через 1-2 ч. больному разрешается активный режим. Дренажи удаляются через 2-5 суток с обязательным рентгеноконтролем.

Гистологическая верификация диагноза при торакоскопии составляет 97%. Туберкулез был выявлен у 494 больных, злокачественное поражение - у 148, неспецифические заболевания - у 374, идиопатический фиброзирующий альвеолит - у четырех, системные заболевания соединительной ткани - у трех.

Таким образом, торакоскопия является малотравматичным, высокоинформативным и эффективным методом диагностики и лечения экссудативных плевритов и спонтанного пневмоторакса. Выполненная в более ранние сроки, она значительно уменьшает спаечный процесс, улучшает общее состояние больного, сокращает сроки восстановления функции дыхания, а также позволяет своевременно назначить патогенетическую терапию.

100

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КРУГЛОЙ ТЕНИ В ЛЕГКОМ

Карташов В.М., Пивень А.И., Савельев А.В., Казак Т.И.
Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

Проблема дифференциальной диагностики круглых образований легких сохраняется, несмотря на использование ком-

пьютерной томографии и биопсии легкого. С целью совершенствования технологии комплексного лучевого обследования больных с данной патологией изучены 143 случая с периферическими крупными тенями в легких. Рак легкого диагностирован у 66 чел., туберкулез - у 43, доброкачественные опухоли и образования - у 30, другие поражения - у четырех. Диагностические ошибки по данным комплексного лучевого обследования отмечены в пяти (3,5%) случаях при раке и туберкулезе.

Проведен анализ структуры тени, контуров, плотности и других симптомов.

Компьютерная томография в 74% случаев позволила получить более убедительные данные о злокачественности процесса и 35% - убедительные данные, подтверждающие туберкулез.

Авторы пришли к выводу о необходимости функциональной игловой биопсии периферического образования для морфологической верификации рака. Предложен алгоритм дифференциальной диагностики с учетом рутинной и компьютерной томографии и биопсии легкого.

101

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОЗОВ БРОНХОВ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Савельев А.В., Попов В.А.

Уральский НИИ фтизиопульмонологии, г. Екатеринбург

Изучена возможность отличительной диагностики стенозов бронхов при раке, туберкулезе и других поражениях на основе комплексного рентгенологического, компьютерного и эндоскопического исследований. Сопоставления рентгенотомографической картины с данными эндоскопии проведены у 57 больных раком легких, 27 - туберкулезом, 17 - силикотуберкулезом и у восьми неспецифическим рубцовым стенозом бронхов 2 и 3 порядка. В большинстве случаев при указанных видах стенозов (92%) комплексное обследование позволяет верифицировать характер процесса. Однако в 8% случаев, также при всех нозологиях, в уточнительной диагностике ведущее значение могут приобретать разные методы. В частности, при отсутствии перибронхиального или эндобронхиального компонента опухоли при раке, отсутствии эндоскопических признаков туберкулеза (лимфобронхиальный свищ и пр.), при неспецифическом рубцом стенозе Ro, КТ и эндоскопическая картина собственно стенозов может быть однотипной. В этой ситуации большое значение приобретают другие признаки, получаемые при КТ. Например, обызвествление лимфоузлов при tbc или sitbc, наличие МБТ в материале. Кроме того, изучение картины других бронхов, наличие множественных стенозов и рубцов может свидетельствовать против рака. Однако биопсия бронхов должна быть множественной и глубокой. В неясных случаях повторный контроль необходим с полным повторным обследованием. Ошибки гипо- и гипердиагностики рака возможны при перибронхиально-стенозирующей форме рака.

102

ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ ДИССЕМИНАЦИЙ В ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ОБЛТУБДИСПАНСЕРА ЗА 1992-1996 ГГ.

Ободзинский В.Н., Фойеринг Е.В., Юдина Ф.Г.

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Челябинск

Дифференциальная диагностика диссеминированных процессов в легких до настоящего времени является одним из наиболее трудных разделов пульмонологии. Ни при каком другом виде интракапсульных поражений не встречается так много различных заболеваний, которые дают сходную, даже одинаковую рентгенологическую картину.

Мы проанализировали истории болезни 251 пациента, поступивших к нам с диссеминированными процессами, и взяли в разработку наиболее редко встречающиеся: из групп альвеолитов у нас были ИФА - 15 случаев, экзогенно-аллергический альвеолит - 11; из группы грануломатозов - 2 случая гистиоцитоза; из диссеминаций опухолевой природы - карциноматозов - 10 случаев; из группы интерстициальных фиброзов при пора-