

Д. А. Филатов, Г. Н. Роечко, Л. В. Большак, Д. А. Исаевский
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ МОКРОТЫ
И РЕЗЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА НА НАЛИЧИЕ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА
ВО ФТИЗИОХИРУРГИИ

Луганский областной противотуберкулёзный диспансер

На современном этапе развития фтизиатрии одним из основных критериев эффективности лечения является прекращение бактериовыделения. В то же время существует ряд работ, в которых описываются объективные причины отсутствия бактериовыделения при сохранённой активности заболевания. Целью данного исследования стал анализ наличия микобактерий туберкулёза в мазках с препаратов легочной ткани и в мокроте у больных с различными формами фтизиопроцесса, которым выполнялись

резекции лёгких. Всего проанализировано 60 историй болезни за период с октября 2011 г. по апрель 2013 г.

Среди изучаемого контингента больных с впервые диагностированным туберкулёзом было 40 человек, с рецидивами туберкулёза — 11, с хроническим туберкулёзом — 2 и с мультирезистентным — 7.

Положительным мазок с резектата легочной ткани оказался в 45 наблюдениях, что составило 75 % случаев. Важно

отметить, что в 71,1 % наличие микобактерий туберкулёза в резекционном материале сочеталось с деструкцией легочной ткани. Позитивный мазок с резектата получен при отсутствии бактериовыделения по мазку мокроты у 29 больных, что составило 82,8 % от всех оперированных больных с негативным мазком мокроты, и 64,4 % от всех положительных результатов исследования операционного материала. Наличие микобактерий в резецированной легочной ткани выявлено и у больных процесс, у которых протекал без деструкции и бактериовыделения по мазку мокроты. Удельный вес таких наблюдений составил 24,4 % от всех позитивных мазков с резектата, и 68,75 % от всех прооперированных больных без деструкции и бактериовыделения. При выявлении микобактерий туберкулёза в операционном материале, сочетание деструкции и бактериовыделения, подтверждённого культурально нами встречено в 28,8 % всех позитивных результатов и в 81,25 % больных с вышеуказанным сочетанием микробиологических и морфологических показателей. 13,3 % положительных результатов микробиологического исследования резекционного материала составили случаи туберкулёза без деструкции и бактериовыделением, которое подтверждалось только культурально. Среди

этой группы больных негативного мазка резектата нами не встречено ни в одном случае. Позитивным на наличие микобактерии туберкулёза операционный материал у больных с бактериовыделением по мазку мокроты оказался в 33,3 % всех позитивных результатов исследования резектатов лёгкого, и в 75 % всех случаев бактериовыделения подтверждённого методом микроскопии мокроты.

Нельзя не отметить, что в этой группе больных в случаях позитивного результата исследования ткани лёгкого на наличие микобактерий, конверсия мазка к моменту операции наступила в 40 % случаев. Таким образом, на сегодняшний день с учётом крайней агрессивности течения туберкулёза прекращение или отсутствие бактериовыделения при исследовании мокроты нельзя считать достоверным при наличии чёткого морфологического субстрата в легочной ткани (различные формы туберкулом и деструктивного туберкулёза лёгких). В данной ситуации необходим хирургический этап с целью повышения эффективности лечения и профилактики рецидива процесса путём радикальной санации лёгкого при наличии деструкций и казеозного некроза на фоне адекватной специфической фармакотерапии, которая является основой успеха во фтизиатрии.