



Анализ клинико-рентгенологических форм у пациентов с микобактериозом легких, верифицированным по данным операционного материала

Чащина М.В., Карпина Н.Л., Садовникова С.С., Донченко Д.В., Багиров М.А.
ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Россия, г. Москва
E-mail: tsimbalyuck.rita@yandex.ru; Тел: 89778149434

Цель

Оценить клинико-рентгенологические формы и КТ-паттерны до проведения диагностических операций у пациентов с диагнозом А16.0 по МКБ-10.

Материалы и методы

Всем пациентам до операции выполнена КТВР с толщиной среза 0,6 мм. Проведен ретроспективный анализ КТ ОГК 28 пациентов (14 мужчин, 14 женщин; средний возраст: 39,1±15,2), находившихся на лечении в отделе хирургии с 2012 по 2021гг. Критерии включения: проведение диагностической операции по поводу диагноза А 16.0 с дальнейшей верификацией НТМ.

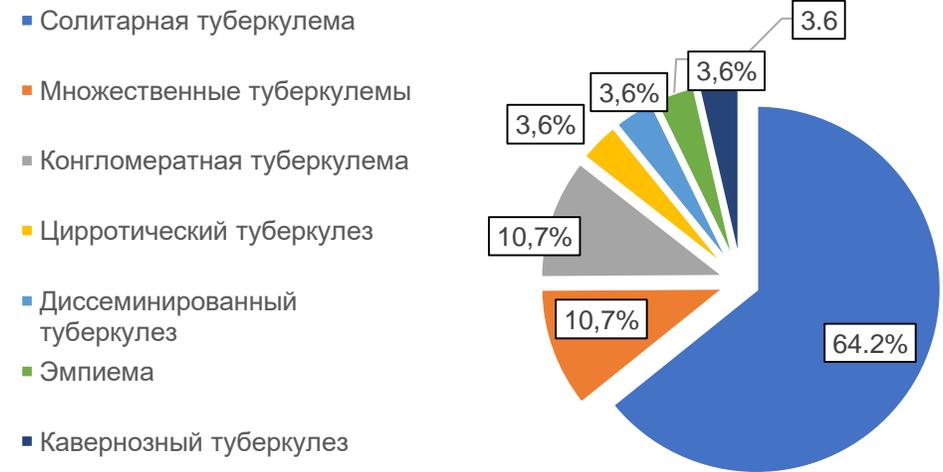
Результаты

При анализе клинико-рентгенологических форм у пациентов с диагнозом «туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически или гистологически» (А16.0) по МКБ-10 установлено, что наиболее часто встречалась «солитарная туберкулема» – в 64,2% случаев (18/28), с одинаковой частотой наблюдались «множественные туберкулемы» и «конгломератная туберкулема» – по 10,7% случаев (3/28), в единичных случаях наблюдался «кавернозный туберкулез», «цирротический туберкулез», «диссеминированный туберкулез», «туберкулезная эмпиема плевры» - 3,6% (1/28) соответственно, (p<0,05). После проведения операции и верификации диагноза «НТМ», определено, что наиболее частой клинико-рентгенологической формой НТМ являлась узловая – 89,2% случаев (25/28), в единичных случаях определялась кавернозная и цирротическая формы – 3,6% (1/28) соответственно, а также единственный случай кистозно-солидного образования в сочетании с ограниченной эмпиемой, вызванной НТМ – 3,6% (1/28), (p<0,05). Ретроспективно отмечено, что у пациентов с узловой формой НТМ, встречались следующие КТ-паттерны: очаговые изменения – в 64% случаев (16/25), фиброзные изменения – в 56% (14/25), округлое образование с распадом – в 52% (13/25), округлое образование без распада – в 32% (8/25), инфильтративные изменения – в 20% (5/25), эмфизематозные изменения – в 16% (4/25), ограниченная диссеминация, цирротические изменения, уплотнение по типу «матового стекла» - по 8% (2/25) соответственно, бронхоэктазы – 4% (1/25). У пациента с кавернозной формой НТМ визуализировалась каверна с перикавитарными очаговыми изменениями. Ци́рротическая форма НТМ характеризовалась цирротическими изменениями с бронхоэктазами и центрилобулярной эмфиземой, на фоне которых отмечалась единичная каверна и очаговые изменения. В одном из случаев, при подозрении на эмпиему плевры туберкулезной этиологии, рентгенологически на КТ ОГК визуализировалось кистозно-солидное образование в сочетании с осумкованным гидротораксом, в дальнейшем, по операционному материалу верифицирован НТМ.

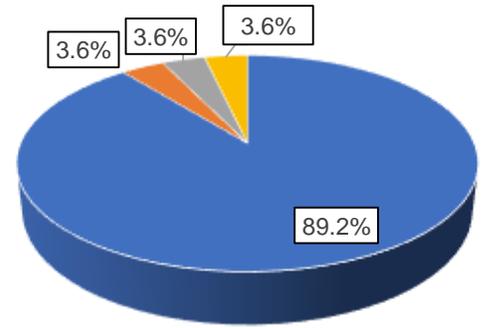
Заключение

Наиболее частой клинико-рентгенологической формой у пациентов с диагнозом А16.0 по МКБ-10 являлась «солитарная туберкулема» – в 64,2% случаев (18/28), (p<0,05). При самой распространенной - узловой форме НТМ - достоверно чаще встречались КТ-паттерны: очаговые изменения – в 64% случаев (16/25), фиброзные изменения – в 56% (14/25), округлое образование с распадом – в 52% (13/25), округлое образование без распада – в 32% (8/25), инфильтративные изменения – в 20% (5/25), (p<0,05).

Формы ТБ у пациентов с диагнозом А 16.0



Формы НТМ



- Узловая
- Кавернозная
- Ци́рротическая
- Кистозно-солидное образование+эмпиема