

УДК 616.24-002.5-097-06:571.27:615.065

Сучасні підходи до діагностики туберкульозу органа зору

Н.А. Мацегора, А.В. Капрош, О.Є. Шпота

Одеський національний медичний університет

Ураження очей мікобактерією туберкульозу (МБТ) є найчастішою патологією, яку діагностують у пацієнтів із вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). У хворих на ко-інфекцію туберкульоз (ТБ)/ВІЛ у 5 разів частіше трапляється ТБ очей в активній фазі запалення та в 7 разів частіше — у неактивній фазі порівняно з хворими на ТБ із ВІЛ-негативним статусом.

Зростання кількості випадків туберкульозних увеїтів, переважання захворюваності серед осіб молодого та працездатного віку, інвалідизація при тривалому перебігу та рецидивах захворювання визначає велику соціальну значущість проблеми, дослідження якої є актуальним напрямом.

Мета роботи — провести аналіз та систематизацію даних літературних джерел щодо сучасних підходів до діагностики ТБ органа зору.

Матеріали та методи. Проведено пошук у повнотекстових та реферативних базах даних PubMed, Cochrane, UpToDate за ключовими словами «туберкульоз», «туберкульоз органа зору», «ко-інфекція туберкульоз/ ВІЛ».

Результати. Діагностувати туберкульозні захворювання очей складно, оскільки клінічна картина характеризується поліморфізмом і відсутністю патогномонічних симптомів. Анатомо-фізіологічні особливості очного яблука не дають змоги використати в клінічних умовах мікробіологічні й гістоморфологічні способи верифікації туберкульозної інфекції. Не існує єдиних стандартів діагностики хворих при підозрі на ТБ органа зору, що утруднює діагностичний пошук та своєчасну верифікацію діагнозу.

При підозрі на ТБ органа зору доцільним є проведення комплексного обстеження:

1. Збір анамнезу: затяжний та рецидивний перебіг захворювань органа зору, відсутність позитивної динаміки при застосуванні неспецифічної терапії патології органа зору, наявність контакту з хворими на ТБ у родині або на роботі, перенесений у минулому ТБ будь-якої локалізації, наявність імуносупресивних захворювань (ВІЛ,

- цукровий діабет, онкопатологія, тривалий прийом глюкокортикоїдів та цитостатиків).
2. Ретельне офтальмологічне обстеження із застосуванням сучасних об'єктивних і функціональних методик: світлова біомікроскопія всіх відділів ока, офтальмоскопія в прямому і зворотному вигляді, офтальмохромоскопія, периметрія та кампіметрія, ультразвукова діагностика очей.
 3. Оцінка стану периферичних лімфатичних вузлів, сечостатевої системи, статевих органів, опорно-рухового апарату для заперечення позалегенової локалізації ТБ.
 4. Шкірний туберкуліновий тест або тест на вивільнення інтерферону- γ (квантифероновий тест).
 5. Тестування на ВІЛ, сифіліс (обов'язково), за показаннями — діагностика інших хронічних інфекцій (токсоплазмозу, бруцельозу, герпесу, цитомегаловірусу, хламідіозу, вірусу Епштейна—Барр), які часто поєднуються з туберкульозною інфекцією у хворих із ВІЛ-позитивним статусом.
 6. Бактеріоскопія, бактеріологічне, молекулярно-генетичне дослідження на МБТ очних рідин, мокротиння, промивних вод бронхів та інших біологічних рідин, гістологічна діагностика тканин.
 7. Рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини для виявлення активних туберкульозних змін або їхніх наслідків у легенях чи внутрішньогрудних лімфовузлах. За показаннями — комп'ютерна томографія органів грудної та черевної порожнини з метою виявлення уражених ТБ органів або звапнених лімфатичних вузлів.

Допоміжними діагностичними критеріями є наявність активного ТБ легенової чи позалегенової локалізації, залишкових змін після перенесеного ТБ будь-якої локалізації, латентної туберкульозної інфекції за даними туберкулінового тесту або тесту на вивільнення інтерферону- γ , контакту з хворими на ТБ, позитивний результат тестування на ВІЛ-інфекцію, наявність неінфекційних імуносупресивних захворювань (цукровий діабет, онкопатологія, тривалий прийом глюкокортикоїдів та цитостатиків).

Мікробіологічне або гістологічне дослідження внутрішньоочних рідин або тканин для ідентифікації *M. tuberculosis* є золотим стандартом діагностики ТБ ока. Однак діагностика цього захворювання досі залишається значною мірою гіпотетичною, оскільки рідко вдається отримати зразки очної тканини для дослідження. Крім того, дослідження зразків очної тканини рідко дають надійні результати при мікроскопії мазка, дослідженні культури або тесту ампліфікації нуклеїнових кислот при молекулярно-генетичному дослідженні. Є повідомлення про те, що

в пацієнтів із підозрою на туберкульозний гранулематозний увеїт 37,7 % зразків дали позитивний результат при молекулярно-генетичному дослідженні будь-якого із внутрішньоочних зразків (водна рідина, зразок склистого тіла, субретинальна рідина або зразок тканини).

Висновки. Туберкульозне ураження очей характеризується неспецифічною поліморфною клінікою, схильністю туберкульозного запалення до затяжного перебігу та рецидивів, що зумовлює труднощі в діагностиці та зростання кількості випадків занедбаних форм ТБ органа зору.

Затвердження єдиних стандартів діагностики ТБ органа зору й маршруту пацієнта при підозрі на ТБ органа зору є доцільним на всіх рівнях надання медичної допомоги для своєчасного виявлення та лікування ТБ органа зору.