

МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

ISSN 2072-0297

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

СПЕЦВЫПУСК

Республиканский
специализированный
научно-практический
медицинский центр фтизиатрии
и пульмонологии
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

Является приложением к научному журналу
«Молодой ученый» № 10 (196)

10
2018

16+

СОДЕРЖАНИЕ

Абдуганиева Э. А., Ливерко И. В., Ахатов И. М., Гафнер Н. В., Абдуллаева В. А. Натрий-уретический мозговой пептид и гемостазиологические сдвиги у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких 3	Назиров П. Х., Бабоев А. С., Туйчиев Н. Н., Рустамов Ф. Х. Клинические особенности течения осложненных форм туберкулезного спондилита сочетанного с сахарным диабетом.....27
Абдусаломова М. И. Частота и характер побочных реакций от химиотерапии у больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких 5	Назиров П. Х., Туйчиев Н. Н., Рустамов Ф. Х., Анисимова Т. П., Бабоев А. С., Газиев З. А. Ошибки и сложности диагностики при туберкулезе тазобедренного сустава29
Галиуллин Т. И., Нигманов Р. Т. Современный подход к диагностике туберкулеза предстательной железы 8	Парпиева Н. Н., Абулкасимов С. П., Пулатов Ж. А., Мухторов Ш. Н., Айтжанова А. У. Побочные нежелательные явления при применении бедаквилина в режиме лечения больных с ШЛУ ТБ31
Гафнер Н. В., Ливерко И. В., Ахмедов Ш. М., Абдуллаева В. А., Ахатов И. М., Мухсимов Ф. М., Мусабаев Э. И. Клиническое значение биологической резистентности к бета-лактамам антибиотикам 9	Парпиева Н. Н., Адилходжаев А. А., Абдусаматов А. А. Видеолапароскопические вмешательства в диагностике и лечении абдоминальных форм туберкулеза.....33
Гафнер Н. В., Ливерко И. В., Ахмедов Ш. М., Абдуллаева В. А., Ахатов И. М., Сотволдиев Н. А. Клинико-фенотипические и генотипические детерминанты в прогнозе неэффективности антибактериальной терапии у пациентов при обострении респираторной патологии12	Парпиева Н. Н., Бабамадова Х. У., Анварова Е. В., Абдурахманов Д. К., Утешев М. С. Современные подходы к диагностике мочевого туберкулеза37
Долгушева Ю. В., Жумаев О. А., Абдуллаев М. Х., Тургунова Н. Н., Тарасова Н. В. Частота и характер адаптационных реакций у больных с туберкулезом легких16	Парпиева Н. Н., Хакимов М. А., Исмоилов А. М., Алиджанов С. К., Набиев С. Р., Исматов Б. Н. Эхографическая семиотика туберкулеза почки41
Махкамов У. У., Алимов А. Р., Фахртдинова А. Р., Умаров А. Р. Лучевая диагностика и патоморфологические особенности туберкулом легких18	Парпиева Н. Н., Ходжаева М. И., Массавиров Ш. Ш. Значения кейс-технологий в обучении студентов на кафедре фтизиатрии44
Мухамедов К. С., Джурабаева М. Х., Массавиров Ш. Ш., Анварова Е. В., Абдугаппаров Ф. Б. Особенности клинического течения микозов у больных с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ.....22	Рахманов Ш. А., Джурабаева М. Х., Бабамадова Х. У., Анварова Е. В. Частота встречаемости и характер побочных реакций у больных с МЛУ/ТБ легких45
	Сабиров Ш. Ю., Нематов О. Н., Маюсупов Ш. Э., Рискиев А. А., Рахманов Ш. А., Насритдинов Б. И., Эрмаков Э. Ф., Камолов С. Р. Эффективность этапных операций при распространенном туберкулезе легких48

Сабилов Ш. Ю., Нематов О. Н., Маюсупов Ш. Э., Рискиев А. А., Рахманов Ш. А., Насритдинов Б. И., Эрмаков Э. Ф., Камолов С. Р. Хирургическое лечение туберкулеза легких и плевры с лекарственной устойчивостью возбудителя50	Туйчиев Н. Н. Хирургическое лечение туберкулезных спондилитов с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта55
Садирова Д. С., Трубников А. Б., Мухтаров Д. З., Саидова Ш. М., Каландарова Л. Н. Обоснование рациональности внедрения краткосрочных курсов лечения МЛУ ТБ больных... 52	Ходжаева М. И., Сирожов Б. Н. Особенности развития и течения рецидивов туберкулеза легких57
	Шарапова Г. Ш., Алимов С. В., Усманова Ш. Заболеваемость среди детей, находящихся в контакте с больными туберкулезом59

В 1 (2,5%) случае был установлен диагноз мезотелиомы брюшной полости, у 2 (5%) больных верифицирован генитальный туберкулез, а 3 (7,5%) исключен спец.

процесс органов брюшной полости и пациенты были выписаны в профильные стационары (табл. 1).

Таблица 1. Характер оперативных вмешательств у больных с подозрением на АТ

№	Вид вмешательства	Причина	Количество наблюдений
	Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости	Туберкулезный перитонит	1 (1,6%)
	Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости	Абдоминальная форма туберкулеза	22 (34,4%)
	Диагностическая лапароскопия	Верификация диагноза	14 (21,9%)
	Лапароскопический адгезиолизис	Верификация диагноза и ликвидация спаечной болезни	17 (26,5%)

Анализ полученных результатов в наших исследованиях позволил подтвердить тот факт, что использование видеолапароскопии позволяет повысить диагностическую ценность исследования, улучшить непосредственные результаты исследований.

Выводы:

1. Видеолапароскопия является высокоинформативным методом, позволяющим произвести визуальную

и морфологическую диагностику патологического процесса органов брюшной полости.

2. При подозрении на абдоминальные формы туберкулеза исследование целесообразно дополнять диагностической лапароскопией.

3. Лапароскопическая санация брюшной полости в комплексе с противотуберкулезной терапией является эффективным методом лечения АТ.

Литература:

1. Онкологические «Маски» Абдоминального Туберкулеза./ Арямкина О.Л., Савоненкова Л.Н.// Российский онкологический журнал. — 2016. — №6. — С. 34–37.
2. Комплексное обследование больных при подозрении на абдоминальный туберкулёз с использованием малоинвазивных технологий./ Баринов В.С., Ариэль Б.М., Соловьева М.А.// Ж. Туберкулез и болезни легких. — 2011. — №7. — С. 45–48.
3. Видеолапароскопическая диагностика и лечение абдоминального туберкулеза / Р.Т. Меджидов, М.И. Кутиев // Эндоскопическая хирургия. — 2007. — № 6. — С. 21–24.
4. Клиника абдоминального туберкулеза в современных условиях / Н.Н. Парпиева, М.А. Хакимов, Қ.С. Мухаммедов, Ш.Ш. Массавиров // Материалы VIII Российского съезда фтизиатров «Туберкулез в России год 2007». — М.: ООО «Идея», 2007. — С. 350–351.
5. Two case reports/ Germa Firke, FitzGerald J. Mark.// Brit.Columbia Med.J. — 2002. — Vol. 44, № 1. — S.27–29.
6. TB comes to a stisky beginning/ Russell David. // G. Nature Med. — 2001. — Vol. 7, № 8. — S.894–895.

Современные подходы к диагностике мочевого туберкулеза

Парпиева Наргиза Нусратовна, доктор медицинских наук, заведующая кафедры фтизиатрии ТМА¹;
 Бабамадова Хилола Умирсаидовна, ассистент кафедры фтизиатрии ТМА¹;
 Анварова Екатерина Владимировна, ассистент кафедры фтизиатрии ТМА¹;
 Абдурахманов Дониёр Камилжанович, доктор медицинских наук, зав.отделения урогинекологии²
 Утешев Малик Сафарович, магистр кафедры фтизиатрии ТМА¹;
 Ташкентская медицинская академия¹, РСНПМЦФиП²(г. Ташкент, Узбекистан)

Актуальность: В структуре туберкулеза внелегочных локализаций, туберкулез мочевого пузыря (МПТ) занимает одно из лидирующих положений, составляя, по данным исследования различных авторов, в среднем от 17%

до 51% всех внелегочных форм туберкулеза (ВЛТ) [1, с. 192; 2, с. 388; 3, с. 146]. Согласно А.Н. Муравьеву 2008 г., в России мочевого туберкулеза (МПТ) составляет до 43,1% в структуре ВЛТ [10, с. 32], а в Узбекистане

стане встречаемость МПТ достигла 10,3–12,4% всех случаев внелегочных форм. В развитых странах у пациентов, когда-либо перенесших легочные формы туберкулеза, мочеполовой туберкулез развивается в 8–10% случаях [5, с. 16; 6, с. 293; 7, с. 23]. У 40–60% впервые выявленных больных диагностируется деструктивные, распространенные и осложненные формы МПТ, нередко приводящие к необратимым последствиям [12, с. 25]. При этом, зачастую возникает необходимость в длительной специфической химиотерапии [8, с. 38, 9, с. 156].

Радикальное лечение 80% больных МПТ, по данным ряда авторов, связано с оперативным вмешательством, как следствие, наблюдается рост удельного веса реконструктивно-восстановительных, высокотравматичных вмешательств [10, с. 32; 11, с. 10]. Согласно данным А.А.Нерсеяна 2008 г., МПТ характеризуется торпидным течением с затрудненной дифференциальной диагностикой: в 25% случаев наблюдается «немое» течение МПТ, а в почти половине (48%) протекает под маской хронических воспалительных заболеваний мочеполовых органов [5, с. 16; 7, с. 23].

Целью исследования. Изучить особенности диагностики мочеполового туберкулеза.

Материал и методы. Объектом исследования явились 80 больных с МПТ, которые получили стационарное лечение в урогинекологическом отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии (РСНПМЦФиП) в период 2004–2007 гг. (1-я группа, 20 пациентов) и в период 2014–2017 гг. (2-я группа, 60 пациентов).

В 1 группе (n=20) средний возраст больных составил $42,4 \pm 12,5$ лет. Во 2 группе (n=60) средний возраст больных составил $38,15 \pm 13,49$ лет. (Таблица 1, Рисунок 1)

Распределение больных по возрасту и полу

Среди всех больных с выявленным ТМПО с первой группы (n=20) в возрасте до 20 лет пациентов не было, 21–30 лет — 3 (15%), 31–40 лет — 6 (30%), 41–50 лет — 5 (25%), 51–60 лет — 5 (25%), 61 и старше — 1 (5%), во второй группе (n=60) в возрасте до 20 лет 2 (3,3%) пациента, 21–30 лет — 21 (35%), 31–40 лет — 16 (26,6%), 41–50 лет — 6 (10%), 51–60 лет — 11 (18,3%), 61 и старше — 4 (6,6%) (Рисунок 2).

Большинство больных во второй группе (35%) находились в возрасте от 21 до 30 лет, в период наибольшего творческого расцвета.

Результаты и обсуждение. Диагноз ТМПО был установлен в НИИ фтизиатрии и пульмонологии (нынешнее РСНПМЦФиП) г. Ташкента — 8 (40%), в других противотуберкулезных учреждениях — 5 (25%), в других ЛПУ — 7 (35%). Во второй группе исследования (n=60) диагноз ТМПО был установлен в РСНПМЦФиП г. Ташкента — 11 (18,3%) пациентам, в других противотуберкулезных учреждениях — 18 (30%), в других ЛПУ — 31 (51,6%).

Из общей совокупности 20 взятых за период 2004–2007 г.г. на учет в противотуберкулезной службе больных диагноз ТМПО был установлен впервые у 9 (45%) пациентов, рецидив процесса был зафиксирован у 11 (55%) пациентов, а из общей совокупности 60 взятых за период 2014–2017 г.г. на учет в противотуберкулезной службе больных диагноз ТМПО был установлен впервые у 35 (58,4%) пациентов, рецидив процесса был зафиксирован у 25 (41,6%) пациентов (Рисунок 3)

В 1 группе пролеченных 2004–2007 годы (n=20), использовали метод флотации у 8 (40%) пациентов выяв-

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

Показатель		I группа n=20	II группа n=60
Средний возраст	мужчины	$42,4 \pm 12,8$	$37,85 \pm 13,44$
	женщины	$43 \pm 13,4$	$37,15 \pm 12,64$
Средний возраст		$42,4 \pm 12,5$	$38,15 \pm 13,49$



Рис. 1. Распределение больных по полу

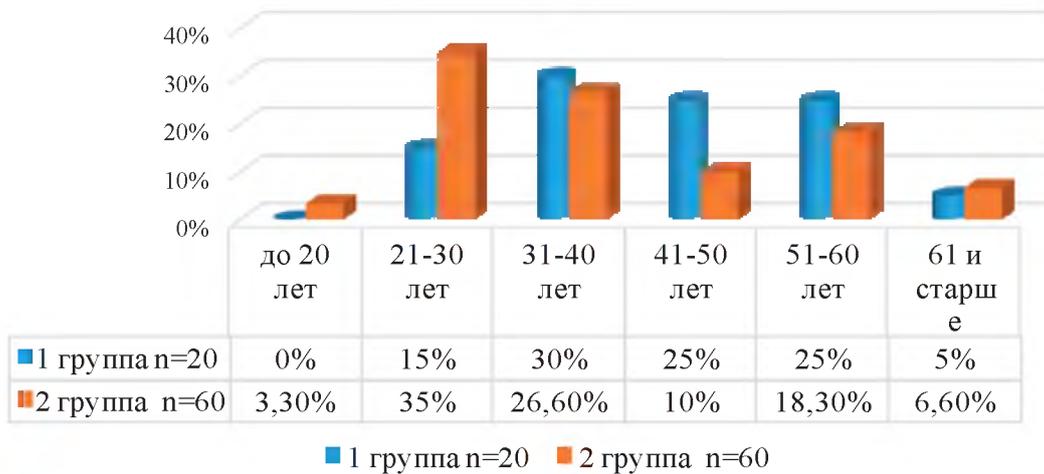


Рис. 2. Динамика возрастного изменения туберкулеза органов мочевой системы

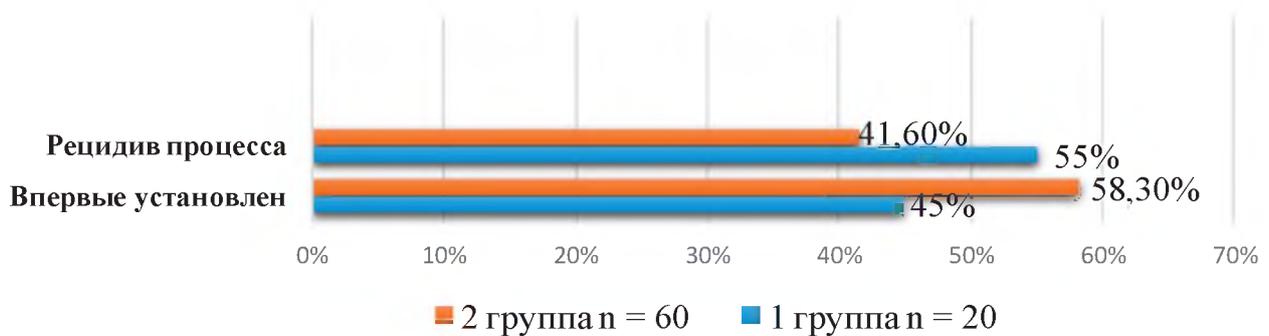


Рис. 3. Распределение больных по выявлению ТМПО

лены микобактерии туберкулеза. Также стоит отметить, что при методе флотации, при количестве менее 100 тыс. в 1 мл обнаружить их в препарате не всегда удастся. В основе метода лежит адсорбирование микобактерий туберкулеза бензином, толуолом или ксилолом, которые всплываю

ют на поверхности более плотной жидкости. Методом микроскопии с окраской по Циль-Нильсену выявлено у 3 (15%) пациентов.

У 19 больных со второй группы (n=60) ТМПО МБТ была выделена у 2 (10,5%) методом посева, у 4

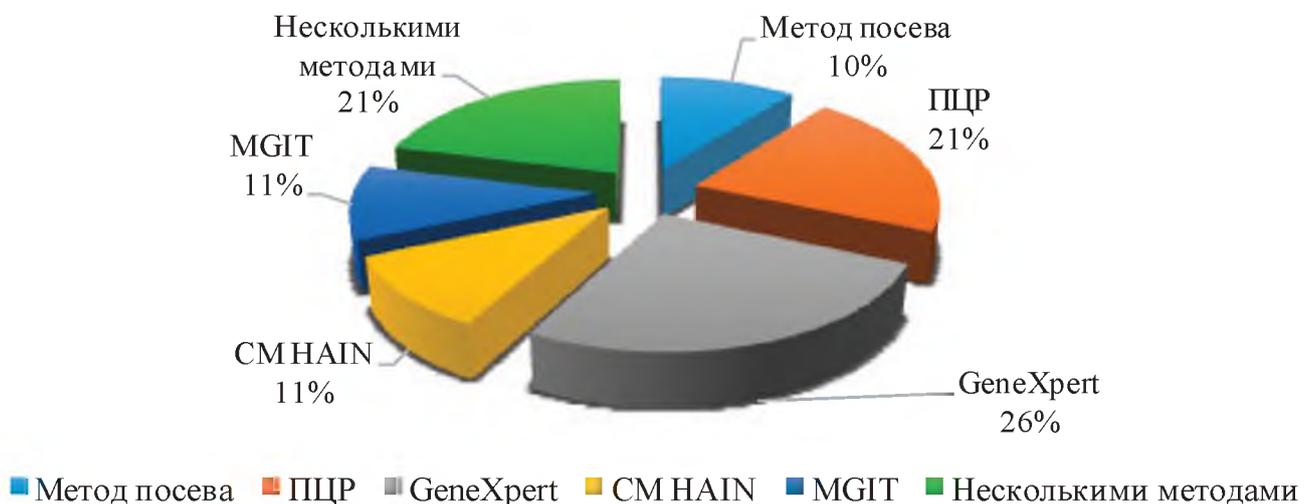


Рис. 4. Современные методы лабораторной диагностики n=60

(21%) — методом ПЦР, у 5 (26,3) — методом GeneXpert, у 2 (10,5%) — Mycobacterium CM (HAIN), и 2 (10,5%) — методом MGIT, а у 4 (21%) больного — несколькими методами. (Рисунок 4)

У 1 группы больных — 7 (35%) — был диагностирован туберкулезный папиллит. Причем у 3 (15%) из них процесс носил односторонний характер, а у 4 (20%) — двусторонний. Следующей по частоте форме был поликавернозный нефротуберкулез — 11 больных (55%), причем у всех из них процесс носил односторонний характер. В то же время туберкулезный пионефроз, милиарный и паренхиматозный нефротуберкулез встречались

значительно реже и в общей сумме составили 1 случай (5%). У 2 группы больных — 41 (68,3%) — был диагностирован туберкулезный папиллит. Причем у 14 (23,3%) из них процесс носил односторонний характер, а у 27 (45%) — двусторонний. Следующей по частоте форме был поликавернозный нефротуберкулез — 8 больных (13,3%), причем у 6 из них (10%) процесс носил односторонний характер, а у 2 (3,3%) носил двусторонний характер. В то же время туберкулезный пионефроз, милиарный и паренхиматозный нефротуберкулез встречались значительно реже и в общей сумме составили 4 случая (6,6%). (Рисунок 5)

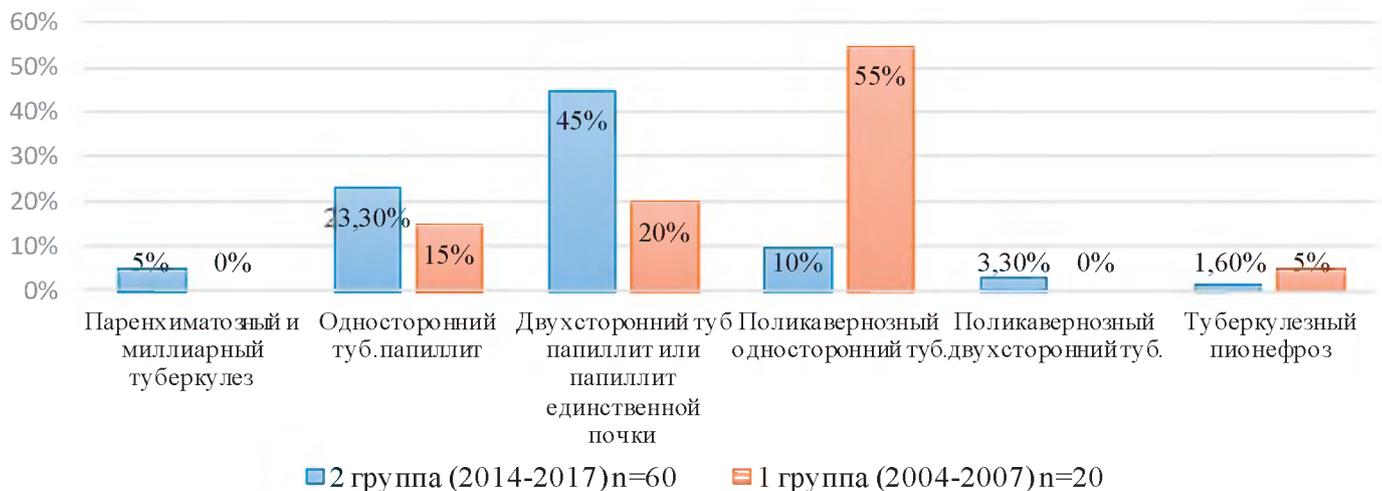


Рис. 5. Сравнительная характеристика клинико-рентгенологических форм туберкулеза органов мочевой системы 1 и 2 группы

Заключение. Большинство больных во второй группе (35%) находились в возрасте от 21 до 30 лет, в период наибольшего творческого расцвета. Следует отметить, что у женщин рост заболеваемости за последние 10 лет начинается с 21 лет и достигает максимума к 40 годам, что соответствует рассвету репродуктивной функции, когда наиболее выражены процессы гормональной перестройки женского организма. У мужчин отмечен наиболее высокий показатель заболеваемости с 20 лет, достигает своего минимума после 40 лет и сохраняется до 60 лет, что можно объяснить более пролонгированным и мягким течением гормональной системы мужчины. Таким образом, заболеваемость МПТ у мужчин и женщин отлична по возрастным показателям.

За последние 10 лет выявляется повышение показателя по подозрению у больных ТМПО в других ЛПУ на 16,6% и противотуберкулезных диспансерах на 5%, что говорит об согласованной работе всей лечебной сети,

улучшению диагностики, что позволяет на ранних этапах выявлять ТМПО или проводить дифференциальную диагностику для выявления точного диагноза.

В связи с улучшением методов диагностики за последние 10 лет, в сравнении с 2004 годами, в 2014 г. перспективными являются методы ПЦР, позволяют проводить идентификацию микобактерии туберкулеза в клинических образцах в течение 48 часов, так же, заметный прогресс был достигнут в разработке новых технологических средств таких как GeneXpert, Mycobacterium CM (HAIN), методы MGIT которые впервые появились на рынке медицинского оборудования в 2010 году, специфичность реакции которых составляет 97–98%, что позволило в наши дни наиболее точно проводить диагностику ТМПО на ранних этапах.

Задача диагностики и лечения ТМПО не утратила своей значимости на сегодняшний день и будет актуальна в обозримом будущем.

Литература:

1. Адамазов Ж.Р., Харсун М. Т. Туберкулез органов мочевого выделения и половых органов // Туберкулез сегодня. Материалы VII Российского съезда фтизиатров. — М.: Изд-во БИНОМ, 2003. — С. 192–193.

2. Андреев Т. Туберкулез почек // В кн.: Болезни почек / Под.ред. Г. Маждраковой. — София: Медицина и Физкультура, 1980. С. 388–394.
3. Андрухина Г.Я., Комлякова Е. Г., Пронина Т.В. Смертность от генерализованного туберкулеза в Москве // Научные труды к 100-летию ТКБ № 6. — М., 2005. С. 146–149.
4. Батыров Ф.А., Максимов В.А., Нерсесян А.А., Меркурьева Я.А., Петрунин Ю.А. Современное состояние фтизиоурологической службы Москвы // Доклад на 1002 заседании Московского общества урологов. — М., 2002.
5. Батыров Ф.А., Нерсесян А.А., Меркурьева Я.А. Проблемы современной диагностики и лечения урогенитального туберкулеза // Урология. — 2004. № 5. С. 16–24.
6. Беллендир Э.Н. Значение исследований по патогенезу внелегочного туберкулеза для решения вопросов его эпидемиологии, диагностики и лечения // Всесоюзный съезд фтизиатров, 10-й: Тез.докл. — Киев, 1985. С. 293–294.
7. Беллендир Э.Н. Патогенез внелегочных локализаций // Труды Всероссийской научно-практической конференции «Внелегочный туберкулез — актуальная проблема здравоохранения». — СПб., 1997. С. 23–24.
8. Бобореко Б.А. Гелий-неоновое лазерное излучение в терапии туберкулеза мочевого пузыря и мочеточника // Проблемы туберкулеза. — 1999. № 6. С. 38–40.
9. Богин Ю.Б., Зубовский Г.А. Возможности фуросемид-рентгенографии при обследовании больных нефротуберкулезом // Всероссийский съезд урологов, 8-й: Тез.докл. — М., 1988. С. 156–157.
10. Борщевский В.В. Хирургическое лечение распространенных форм туберкулеза мочевой системы // Проблемы туберкулеза. — 1999. № 6. С. 32–34.
11. Васильев А.В. Актуальные проблемы помощи больным внелегочным туберкулезом // Труды Всероссийской научно-практической конференции «Внелегочный туберкулез — актуальная проблема здравоохранения». — СПб., 1997. С. 10–11.
12. Васильев А.В., Гарбуз А.Е., Тиходеев С.А. и др. Активное выявление больных внелегочным туберкулезом в учреждениях общей лечебной сети: Метод, рекомендации. — СПб., 1995. 25 с.

Эхографическая семиотика туберкулеза почки

Парпиева Наргиза Нусратовна¹, доктор медицинских наук;

Хакимов Миразим Алимович¹, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник;

Исмоилов Аскаржон Мехриддинович¹, врач-уролог;

Алиджанов Сарвар Кашипович², ассистент кафедры фтизиатрии

Набиев Сохиб Роббиевич, младший научный сотрудник;

Исмаев Бахтиёр Нигматуллаевич¹, врач-уролог

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

²Ташкентский институт усовершенствования врачей

Введение

Мочеполовой туберкулез, являясь преобладающей локализацией среди внелегочных форм туберкулеза, сохраняет свою актуальность. Несмотря на достижения современной медицины, до 80% случаев туберкулез почки (ТП) диагностируют в поздних и запущенных стадиях [4, с.58]. Запоздалое выявление определяет значительную долю распространенных и осложненных форм мочеполового туберкулеза. Информативность того или иного метода эхографической и рентгенологической диагностики туберкулеза почки зависит от локализации, характера и выраженности деструктивного процесса. Характерные для туберкулеза почки признаки наблюдаются, как правило, при его далеко зашедших формах и представлены кавернозными образованиями и различными вариантами кальцификации [2, с.57; 3, с.328; 7, р.94].

Данные литературы по эхографии при различных формах туберкулеза почки противоречивы. До сих пор не определена эхографическая семиотика туберкулеза почки, не разработаны эхографические дифференциально-диагностические признаки поражения почек [1, с.15; 5, с.332].

Материал и методы

Проанализированы данные стандартного лучевого обследования, включающего экскреторную урографию и эхографию, 344 больных туберкулезом почки. Результаты исследования верифицированы на основании клинико-лабораторных, рентгенологических, радионуклидных и патоморфологических данных. Эхографию почек проводили на аппарате «Интерскан-250» (Германия), работающем в реальном времени с использованием линейных и секторальных датчиков частотой 3,5–5,0 МГц.