

# 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

<b>Абдуганиева Э. А., Ливерко И. В., Ахатов И. М., Гафнер Н. В., Абдуллаева В. А.</b> Натрий-уретический мозговой пептид и гемостазиологические сдвиги у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких ..... 3	<b>Назиров П. Х., Бабоев А. С., Туйчиев Н. Н., Рустамов Ф. Х.</b> Клинические особенности течения осложненных форм туберкулезного спондилита сочетанного с сахарным диабетом.....27
<b>Абдусаломова М. И.</b> Частота и характер побочных реакций от химиотерапии у больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких ..... 5	<b>Назиров П. Х., Туйчиев Н. Н., Рустамов Ф. Х., Анисимова Т. П., Бабоев А. С., Газиев З. А.</b> Ошибки и сложности диагностики при туберкулезе тазобедренного сустава .....29
<b>Галиуллин Т. И., Нигманов Р. Т.</b> Современный подход к диагностике туберкулеза предстательной железы ..... 8	<b>Парпиева Н. Н., Абулкасимов С. П., Пулатов Ж. А., Мухторов Ш. Н., Айтжанова А. У.</b> Побочные нежелательные явления при применении бедаквилина в режиме лечения больных с ШЛУ ТБ .....31
<b>Гафнер Н. В., Ливерко И. В., Ахмедов Ш. М., Абдуллаева В. А., Ахатов И. М., Мухсимов Ф. М., Мусабаев Э. И.</b> Клиническое значение биологической резистентности к бета-лактамам антибиотикам ..... 9	<b>Парпиева Н. Н., Адилходжаев А. А., Абдусаматов А. А.</b> Видеолапароскопические вмешательства в диагностике и лечении абдоминальных форм туберкулеза.....33
<b>Гафнер Н. В., Ливерко И. В., Ахмедов Ш. М., Абдуллаева В. А., Ахатов И. М., Сотволдиев Н. А.</b> Клинико-фенотипические и генотипические детерминанты в прогнозе неэффективности антибактериальной терапии у пациентов при обострении респираторной патологии .....12	<b>Парпиева Н. Н., Бабамадова Х. У., Анварова Е. В., Абдурахманов Д. К., Утешев М. С.</b> Современные подходы к диагностике мочевого туберкулеза .....37
<b>Долгушева Ю. В., Жумаев О. А., Абдуллаев М. Х., Тургунова Н. Н., Тарасова Н. В.</b> Частота и характер адаптационных реакций у больных с туберкулезом легких .....16	<b>Парпиева Н. Н., Хакимов М. А., Исмоилов А. М., Алиджанов С. К., Набиев С. Р., Исматов Б. Н.</b> Эхографическая семиотика туберкулеза почки .....41
<b>Махкамов У. У., Алимов А. Р., Фахртдинова А. Р., Умаров А. Р.</b> Лучевая диагностика и патоморфологические особенности туберкулом легких .....18	<b>Парпиева Н. Н., Ходжаева М. И., Массавириев Ш. Ш.</b> Значения кейс-технологий в обучении студентов на кафедре фтизиатрии .....44
<b>Мухамедов К. С., Джурабаева М. Х., Массавириев Ш. Ш., Анварова Е. В., Абдугаппаров Ф. Б.</b> Особенности клинического течения микозов у больных с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ.....22	<b>Рахманов Ш. А., Джурабаева М. Х., Бабамадова Х. У., Анварова Е. В.</b> Частота встречаемости и характер побочных реакций у больных с МЛУ/ТБ легких .....45
	<b>Сабиров Ш. Ю., Нематов О. Н., Маюсупов Ш. Э., Рискиев А. А., Рахманов Ш. А., Насритдинов Б. И., Эрмаков Э. Ф., Камолов С. Р.</b> Эффективность этапных операций при распространенном туберкулезе легких .....48

---

<b>Сабилов Ш. Ю., Нематов О. Н., Маюсупов Ш. Э., Рискиев А. А., Рахманов Ш. А., Насритдинов Б. И., Эрмаков Э. Ф., Камолов С. Р.</b> Хирургическое лечение туберкулеза легких и плевры с лекарственной устойчивостью возбудителя .....50	<b>Туйчиев Н. Н.</b> Хирургическое лечение туберкулезных спондилитов с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта .....55
<b>Садирова Д. С., Трубников А. Б., Мухтаров Д. З., Саидова Ш. М., Каландарова Л. Н.</b> Обоснование рациональности внедрения краткосрочных курсов лечения МЛУ ТБ больных... 52	<b>Ходжаева М. И., Сирожов Б. Н.</b> Особенности развития и течения рецидивов туберкулеза легких .....57
	<b>Шарапова Г. Ш., Алимов С. В., Усманова Ш.</b> Заболеваемость среди детей, находящихся в контакте с больными туберкулезом .....59

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 Нусратовна<sup>1</sup>, доктор медицинских наук;

Хакимов Миразим Алимович<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник;

Исмоилов Аскаржон Мехриддинович<sup>1</sup>, врач-уролог;

Алиджанов Сарвар Кашипович<sup>2</sup>, ассистент кафедры фтизиатрии

Набиев Сохиб Роббиевич, младший научный сотрудник;

Исмаев Бахтиёр Нигматуллаевич<sup>1</sup>, врач-уролог

<sup>1</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии  
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

<sup>2</sup>Ташкентский 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.

## Результаты и обсуждение

Различные формы туберкулеза почки, на эхограммах характеризовались очаговыми и органными признаками различной выраженности, и зависела, прежде всего, от глубины наступивших патоморфологических изменений. Согласно нашим наблюдениям, увеличение размеров почки при различных формах туберкулеза почки выявлялись в 41,8% случаев, уменьшение размеров почки, связанные с фиброзными изменениями почки отмечено в 2 раза реже (19,5%). В 75,9% случаев при туберкулезе почки наблюдали неровность контуров почки, что связано с деструктивными изменениями паренхимы почки. Довольно часто у больных туберкулезом почки выявили поражения чашечно-лоханочного комплекса: деформация чашечно-лоханочной системы у 79,1%; уплотнение — у 67,2%; склерозирование — у 63,1%. Также была изучена экзогенность паренхимы почек при различных формах туберкулеза почки. Это проводилось, согласно разработанным критериям для пациентов с хронической почечной недостаточностью [6, с.43–45]. По нашим данным, при различных формах туберкулеза почки, чаще выявлялись повышение экзогенности паренхимы почки I (41,6%) и II (22,1%) степени, а также «петрификаты» в паренхиме почки (50,3%).

Среди обследуемых больных туберкулезом почки, у половины были выявлены различного характера полостные образования в паренхиме почки (каверны). Единичное полостное образование наблюдалось у 70 (39,8%), более одного полостного образования — у 106 (60,2%) больных туберкулезом почки. Каверны с гнойным содержимым или очищенные в виде гипо- и анэхогенных полостных образований в паренхиме почки выявлялись у большинства больных (64,2%). Каверны с фиброзным обызвествлением в виде гиперэхогенных полостных образований в паренхиме почки встречались в 2,6 раза реже (23,9%), чем каверны с гипо- и анэхогенными полостными образованиями. Стенки каверн были уплотнены у 110 (62,5%) и утолщены — у 96 (54,5%) больных. Нередко вокруг полостных образований наблюдались фиброзные изменения и деформации (65,9%). Наиболее часто полости распада в почке характеризуются с неровными контурами (85,8%) и неправильной формой (63,6%).

Сравнительный анализ эхографических и рентгенологических исследований 344 больных туберкулезом почки установил различия в диагностической ценности этих методов. Четкие эхографические признаки туберкулеза почки были установлены у 76,2% и рентгенологические — у 51,2% больных (табл. 1).

Таблица 1. Сравнительная характеристика рентгенологических и эхографических методов исследования при различных формах туберкулеза почки. n (M±m%)

Методика	Число больных	Признаки заболевания		
		Четкие	сомнительные	Отсутствуют
Эхография почек	344	261 (75,9±2,3)	38 (11,0±1,6)	45 (13,1±1,8)
1.1.Ограниченные формы ТП	70	32 (45,7±5,9)	16 (22,9±5,0)	22 (31,4±5,5)
1.2.Распространенные формы	274	229 (83,6±2,2)	22 (8,0±1,6)	23 (8,4±1,6)
Экскреторная урография	344	176 (51,2±2,6)	77 (22,4±2,2)	91 (26,4±2,3)
2.1.Ограниченные формы ТП	70	53 (75,7±5,1)	12 (17,2±4,5)	5 (7,1±3,0)
2.2.Распространенные формы ТП	274	123 (44,9±3,0)	65 (23,7±2,6)	86 (31,4±2,8)

При ограниченных формах туберкулеза почки четкие эхографические признаки определяли реже (45,7%), чем рентгенологические — 75,7%; а при распространенных формах туберкулеза почки, наоборот, эхографические четкие признаки туберкулеза почки выявляли чаще (83,6%), чем рентгенологических (44,9%).

Это подтверждено материалами по характеристике лучевых методов исследования при различных формах туберкулеза почки. При туберкулезном папиллите почки четкие эхографические признаки заболевания встречались в 1,7 раза реже, чем рентгенологические (45,7% и 75,7% соответственно,  $P < 0,01$ ); напротив, у больных кавернозной формой туберкулеза почки четкие эхографические при-

знаки туберкулеза почки выявлялись чаще, чем рентгенологические (78,7% и 47,5% соответственно,  $P < 0,01$ ). При поликавернозных и фиброзно-кавернозных формах туберкулеза почки четкие эхографические признаки встречались почти у всех (90,7%) больных, напротив, четкие рентгенологические признаки — только у 1/3 больных ( $P < 0,01$ ). При туберкулезном нефроциррозе четкие эхографические признаки установлены также часто (90,5%). Наоборот, в этой группе больных, за счет «немой» почки и распространенности специфического процесса, рентгенологические четкие признаки заболевания выявлены лишь в 14,3% случаев. У больных с туберкулезным пионефрозом, четкие эхографические признаки заболевания

встречались в 83,3% случаев, напротив, рентгенологические четкие признаки пионефроза в этих группах больных не выявлены. Это объясняется отсутствием паренхимы почки, значительными морфологическими изменениями почки. У больных туберкулезом единственной почки, проведенный нами анализ показал отсутствие статистических различий в частоте четких эхографических и рентгенологических признаков заболевания. При туберкулезе единственной почки, часто встречаются ограниченные формы туберкулеза почки и выражены фиброзные изменения в паренхиме и чашечно-лоханочной системе. У больных с посттуберкулезным гидронефрозом четкие эхографические признаки заболевания установлены в 94,8% случаев, а рентгенологические четкие признаки встречались лишь в половине случаев.

Таким образом, четкие признаки туберкулеза почки установлены на эхограммах почки у 261 (75,9%) больных, на экскреторных урограммах — у 176 (51,2%) пациентов. Эхография почки при туберкулезе почки обеспечивает получение дополнительной информации о характере и распространенности специфического процесса в почках. Ценность этого метода заключается в возможности многовариантного его использования не только в целях диагностики, но и для контроля в процессе лечения и в послеоперационном периоде. Самое важное, что ультразвуковые исследования почек при туберкулезе почки, можно применять при сниженной функциональной способности почек,

когда рентгеноконтрастные методы исследования неинформативны, а также при непереносимости рентгеноконтрастного вещества пациентами и у беременных.

### Заключение

Эхографические признаки туберкулеза почки прямо зависят от глубины патоморфологических изменений. Выявлены при туберкулезе почки главные и вторичные эхографические признаки. Главные признаки характеризуют сам туберкулез («петрификаты» в паренхиме; полостные образования в паренхиме неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками и неровными контурами), вторичные — обусловлены изменениями вокруг специфического очага (изменение размеров почки, деформация, склероз, уплотнение и расширение чашечно-лоханочной системы; повышение и/или снижение эхогенности паренхимы почки). Сравнительный анализ рентгенологических и эхографических методов исследования при туберкулезе почки показывает, что четкие признаки заболевания установлены при эхографии почек в 76,2%; а при экскреторной урографии — в 51,2% случаев. При запущенных деструктивных формах туберкулеза почки четкие эхографические признаки выявляются чаще (86,8%), чем рентгенологические — (51,2%). Эхография почек является высокоинформативным методом выявления туберкулеза почки, точность метода составляет 78,5%, специфичность — 89,7%.

### Литература:

1. Журавлев В.Н., Голубев Д.Н., Новиков Б.И., Скорняков И.Д. и др. Особенности выявления и тактика ведения больных туберкулезом мочеполовых органов // Урология. — 2012. — № 1. — С. 11–15.
2. Камышан И.С. Оценка современных методов диагностики туберкулеза почек // Урология. — 2006. — № 4. — С. 57–61.
3. Нерсесян А.А., Я.А. Меркурьева, Р. Зюзя и Ф.А. Батыров // Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике туберкулеза органов мочевой системы. Мат. VIII Российского съезда фтизиатров. 2007. — С. 328–329.
4. А.А. Нерсесян, Ю.Р. Зюзя, Я.А. Меркурьева, А.В. Кобышев, Д.М. Флигиль, Ф.А. Батыров. Комплексная диагностика туберкулеза мочевого пузыря с применением иммуногистохимического метода исследования // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2010. — № 7. — С. 58–62.
5. Рахматуллин Р.Р., А.Т. Сигаев, Ф.А. Батыров // Применение нефро-сцинтиграфии для исследования функционального состояния почек у больных туберкулезом мочевой системы. Мат. VIII Российского съезда фтизиатров. 2007. — С. 332–333.
6. Ольховская Б.Б. Почечная недостаточность у детей: эхографические аспекты // Урология. — 1999. — № 6. — С. 43–45.
7. Benckekroun A., Lachkar A., Soumana A et al. Urogenital tuberculosis. 80 cases // Ann Urol (Paris). — 1998. — Vol. 32, № 2. — P. 89–94.