

# 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>Назирова 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>Назирова П. Х., Туйчиев Н. Н., Рустамов Ф. Х., Анисимова Т. П., Бабоев А. С., Газиёв 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., Массавиров Ш. Ш.</b> Значения кейс-технологий в обучении студентов на кафедре фтизиатрии .....44
<b>Мухамедов К. С., Джурабаева М. Х., Массавиров 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

метров по следующим критериям: наличие газа в тонкой и толстой кишке и сроки его появления. Среди пациентов 2-й группы в эти же сроки заметное клиническое улучшение специфического процесса в позвоночнике наблюдалось у 35 (77,7%), симптомы интоксикации исчезли у 40 (88,8%), интенсивность болевого синдрома уменьшилась у 41 (91,1%), у 38 (84,4%) больных по МСКТ отмечалось частичное сращение обеих концов трансплантата. По данным УЗИ диаметр тонкой кишки, толщина кишечной стенки, наличие и характер перистальтических движений и содержимого тонкой кишки. К торможению моторики присоединяются рефлекторные нарушения кровообращения в кишечной стенке — угнетается всасывание, прекращается эвакуация содержимого. Развитие 2-й стадии синдрома кишечной недостаточности, для которой характерно скопления жидкости в просвете кишки. Поскольку эвакуаторная деятельность нарушена, к жидкости присоединяется газ, поступающий главным образом вследствие аэрофагии. Все это ведет к растяжению петель тонкой

кишки. Характерным для 3-й стадии синдрома кишечной недостаточности является быстрый рост метаболических расстройств. Полученные данные показали высокую эффективность разработанной методики лечения синдрома кишечной недостаточности у больных осложненными формами туберкулеза позвоночника, требующего патогенетического направленного лечения. Таким образом, в современных условиях приоритетной и наиболее важной задачей для фтизиоортопедии является передовые, более эффективные и экономные подходы к раннему выявлению и профилактике туберкулеза позвоночника.

**Выводы:** 1. Медикаментозная коррекция нарушений моторики желудочно-кишечного тракта разрывает порочный круг нарушений и предупреждает возникновение метаболического синдрома у больных осложненными формами туберкулезного спондилита.

2. Ранняя декомпрессия спинного мозга и стабильная фиксация позвоночника позволяет устранить нарушение моторной функции желудочно-кишечного тракта.

#### Литература:

1. Куклин Д. В. с соавт., Хирургическое лечение многоуровневых туберкулезных спондилитов, осложненных грубой деформацией позвоночника. Туб. и болезни легких. — № 4. 2011. — С. 222.
2. Кульчавена Е.В. с соавт., Туберкулезный спондилит сегодня: клинико-эпидемиологические особенности. Мед. науки. Новосибирск. — № 2. — 2012., — С. 1–2.
3. Назиров П. Х. Клинико-рентгенологическая характеристика туберкулеза костей и суставов у больных с резистентными формами микобактерий // Мед. журн. Узбекистана. Ташкент, 2013. — С. 30–33.

## Особенности развития и течения рецидивов туберкулёза легких

Ходжаева Мавлюда Иногамовна, доцент кафедры, кандидат медицинских наук  
Сирожов Бахтиёр Ниёзович, магистр кафедры фтизиатрии  
Ташкентская медицинская академия

Рецидивы туберкулеза имеют тенденцию к росту в связи с распространенностью МЛУ ТБ. Больные с рецидивами туберкулеза органов дыхания ежегодно пополняют контингенты противотуберкулезных диспансеров, в качестве основного источника формирования хронических деструктивных форм туберкулеза, а также распространения МЛУ штаммов микобактерий туберкулеза, и являются основным резервуаром туберкулезной инфекции.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в борьбе с туберкулезом, проблема этой инфекционной и социальной болезни сохраняет свою актуальность [1, с. 45].

Показатель частоты ранних рецидивов отражает наличие дефектов в лечении и качестве обследования при переводе больных туберкулезом в неактивные группы диспансерного учета. Показатель частоты поздних рецидивов свидетельствует о распространенности туберкулезной инфекции, неблагоприятных медико-биологических и социальных факторах [2, с. 26; 3, с. 6]

Одной из главных задач при оказании противотуберкулезной помощи населению в настоящее время является своевременность выявления туберкулеза. Другой первоочередной задачей является укрепление приверженности к лечению больных туберкулезом.

Республика Узбекистан обладает завидной инфраструктурой противотуберкулезной службы и долгой историей эффективной борьбы с туберкулезом. Программа борьбы с туберкулезом имеет вертикальную структуру с широкой сетью учреждений. Несмотря на организационные изменения в системе здравоохранения, наличие различных факторов, влияющих на развитие устойчивых форм туберкулёза наблюдается увеличение количество больных с МЛУ туберкулёзом в связи, с чем увеличиваются рецидивы туберкулёзного процесса.

По данным ВОЗ в Республике Узбекистан среди впервые выявленных больных МЛУ ТБ встречается в 23%, а среди ранее леченных в 62% случаев (Отчет

ВОЗ за 2015). Причины рецидивов остаются недостаточно изученными. Взгляды исследователей относительно влияния тех или иных факторов на развитие рецидивов туберкулёза совпадают.

Так, среди рецидивов уровень резистентности МБТ к противотуберкулезным препаратам составляет от 68% до 86% [4], уровень мультирезистентности — в 6 раз выше, чем у больных, впервые заболевших туберкулезом [4], что резко снижает эффективность лечения таких пациентов. Количество случаев успешного лечения в этой категории больных («излечение» + лечение завершено») составляет, по данным разных источников, от 34% до 75% [4, с. 65,]. Значительно лучше результаты лечения у больных с рецидивом туберкулеза легких без бактериовыделения — удельный вес случаев эффективного лечения среди них составляет от 65% до 80%, что также ниже показателей ВОЗ. С другой стороны, отсутствие бактериовыделения у данной категории пациентов, невозможность своевременно получить тест на лекарственную чувствительность существенно осложняют выбор оптимальной врачебной тактики.

Следует предположить, что активизация усилий по выявлению и лечению туберкулеза легких на этапе до появления бактериовыделения более оправдана как с экономической, так и с эпидемиологической точки зрения.

В отечественной литературе недостаточно работ, посвященных изучению механизмов повышения качества выявления, особенностей течения и эффективности лечения рецидивов туберкулеза легких. Установлено, что клинико-рентгенологические проявления рецидивов туберкулеза легких, сопровождающегося бактериовыделением, значительно более выражены: типичны множественные крупные деструкции легочной ткани, высокий уровень резистентности к противотуберкулезным препаратам, характеризуется возникновением более распространенных форм туберкулеза, с возникновением деструкций и наличием сопутствующих заболеваний.

Нами было обследовано 50 больных, из которых впервые выявленные составили — 33, и рецидивы туберкулезного процесса — 17. По клиническим формам распределение больных представлено в таблице.

№	Клиническая форма	Впервые выявленные	Рецидив ТБ
1	Инфильтративные ТБ	67,5	43,9
2	Фиброзно-кавернозный ТБ	3,75	36,6
3	Очаговый ТБ	13,7	4,5
4	Кавернозный ТБ	2,5	4,5
5	Диссеминированный ТБ	6,9	4,5
6	Цирротический ТБ	1,9	3
7	Туберкуломы	1,25	3
8	Внутригруд. ЛУ ТБ	1	
9	Казеозная пневмония	1,25	

У больных с рецидивами туберкулезного процесса отмечались сопутствующие заболевание, осложнения основного заболевания и преобладание социального фактора.

В эпидемиологическом плане у 18 (54,5%) впервые выявленных больных МБТ обнаружены методом бактериоскопии, у 27 (81,8%) МБТ выявленные бактериологическим методом. Среди больных с рецидивами туберкулезного процесса бактериовыделение обнаружено у 9 (53%), из них 4 (44,4%) МБТ выявлены методом бактериоскопии и 6 (66,7%) бактериологическим методом. Чувствительность к противотуберкулезным препаратам у 4 (23,5%) больных с рецидивами отмечено наличие устойчивых штаммов МБТ.

Клиническая картина рецидивов туберкулеза легких протекает значительно тяжелее, чем при впервые выявленных процессах. Случаи рецидивов, которые сопровождаются бактериовыделением, несомненно важны в эру химиорезистентного туберкулеза, так как позволяют, прежде всего, изучить спектр чувствительности микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам, оптимизировать сроки и схемы лечения, а также

решить многие другие проблемы, связанные с выявлением, диагностикой и профилактикой туберкулеза.

Контроль и лечение химиорезистентного туберкулёза является одним из важных приоритетов благодаря осознанию проблемы, росту материально-технической базы и распространению принципов современной медицины. Для того, чтобы взять под контроль химиорезистентный туберкулёз и, связанные с ним рецидивы, необходимо интенсивное внедрение альтернативных и вспомогательных методов современной диагностики и лечения с учетом сложившейся ситуации.

Своевременная диагностика дополнительными методами химиорезистентности у лиц с рецидивом туберкулеза легких при наличии МБТ и без бактериовыделения, определение значения социального статуса больных, осложнений основного заболевания в возникновении рецидивов туберкулеза — наиболее важная и трудно решаемая задача в стратегии борьбы с лекарственно устойчивыми формами заболевания.

Таким образом, поиск путей улучшения качества работы по своевременному выявлению, в том числе и посредством использования методов современной лабо-

раторной диагностики, рецидивов туберкулеза легких в учреждениях первичного звена совместно с фтизиа-

трами остается приоритетным направлением деятельности современной медицины.

Литература:

1. Гриб Е.Ю, Грицова Н.А. Результаты лечения рецидивов туберкулеза легких// Семейная Медицина — № 4 — (60), 2015.с.45
2. Петренко В.М, Черенко С.О., Литвиненко Н.А., Циганкова Л.М. Рецидивами захворювання за показника-микогортногоаналізу//Український пульмонологічний журнал. 2011.№ 3. С. 5–10.
3. Плиева С.Л. Особенности ранних и поздних рецидивов туберкулеза органов дыхания//Туберкулез и болезни легких. 2011. № 6. С. 23–27.
4. Рустамова С.Р. Изучение причин и факторов, способствующих развитию рецидивов туберкулеза органов дыхания// Конгресс Национальной Ассоциации Фтизиатров, Санкт-Петербург, 2014. С. 65

## Заболееваемость среди детей, находящихся в контакте с больными туберкулёзом

Шарапова Гульноза Шавкатовна, младший научный сотрудник, главный фтизиопедиатр  
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Алимов Салохиддин Вахабович, кандидат медицинских наук, руководитель организационно методического отдела  
Усманова Шахноза, младший научный сотрудник  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии (г. Ташкент)

**Актуальность:** К началу XXI века показатель заболеваемости лиц, находящихся в контакте с бактериовыделителями, превышал 800 на 100 тыс. среднегодовой численности контактировавших лиц. Затем его значение постепенно уменьшилось, достигнув в 2008 году значения 777,5 на 100 тыс. контактов (при 805,3 в 2006 году) [4, с. 40]. Заболееваемость детей туберкулёзом считается важным прогностическим эпидемиологическим показателем, отражающим общую эпидемическую ситуацию по туберкулёзу в стране. Это связано с тем, что туберкулёз у детей возникает чаще всего непосредственно после контакта с источником инфекции [2, с. 11].

По результатам исследований многих авторов, инфицированность микобактериями туберкулёза (МБТ) и, как следствие, заболееваемость детей и подростков в очагах в десятки раз превышает эти показатели в целом в популяции, причём более половины из заболевших выявляются в очагах с бактериовыделителями [3, с. 46]. Наиболее высокий риск заболеевания наблюдается в «очагах смерти» больных туберкулёзом, а также при длительных контактах — в течение пяти лет и более [5, с. 10; 6, с. 100]. Кроме этого большую опасность для детей представляют очаги больных туберкулёзом, не выделяющими МБТ, а также неустановленные очаги туберкулёзной инфекции [1, с. 127; 7, с. 120; 8, с. 125].

Актуальной проблемой в настоящее время остаётся не только высокая заболееваемость детей из очагов туберкулёзной инфекции, но и тот факт, что очень высока доля детей, заболевших туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя к противотуберкулёзным препаратам (ППП) [1, С. 125; 3, С. 40; 7,

С. 120; 9, с. 124]. Распространение лекарственно-устойчивого (ЛУ) туберкулёза представляет угрозу заражения детей устойчивыми штаммами МБТ. Подтверждением вышеуказанного является рост числа детей, заболевших туберкулёзом из контакта с больными туберкулёзом лёгких, несмотря на проведённую химиопрофилактику (ХП) в стандартном режиме [1].

Неоспоримым приоритетным направлением современной фтизиатрии является предупреждение развития заболеевания, особенно в детском возрасте. Важнейшей составной частью профилактики туберкулёза среди детей считается своевременное проведение противоэпидемических и лечебных мероприятий в очаге туберкулёзной инфекции [2, с. 11].

**Целью** нашего исследования явилось изучение распространённости туберкулёза среди детей находящихся в контакте с больными туберкулёзом в Республике Узбекистан.

**Материалы и методы:** Проведён ретроспективный анализ отчётных данных из всех регионов Республики Узбекистан. Объектом исследования явилась отчётная документация (ф. № 8). Эпидемиологические показатели заболееваемости туберкулёза изучены у больных туберкулёзом детей в возрасте 0–17 лет, выявленных за период 2015–2016 годы. Диагноз туберкулёза среди контактных детей диагностированы иммунологическими (туберкулинодиагностика, Диаскинтест), микробиологическими (микроскопия, культуральные и молекулярно-генетические методы — Gene Xpert, Hain и MGIT) и рентгенологическими (цифровая флюорография и рентгенография, магнитно-резонансная компьютерная томография — МСКТ) методами. Для диагностики туберкулёза культуральными