

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

кальция и образование кальцинатов различных размеров (рис. 6).

Заключение: При морфологическом исследовании большинство случаев составили туберкулемы — 72,1%, но в остальных (27,9%) случаях — диагноз не подтверждался. Полученные данные свидетельствуют, что для пациентов с подозрением на туберкулому легких рекомендо-

уется морфологическая верификация диагноза. Результаты работы продемонстрировали, что для точной постановки диагноза необходимо в короткие сроки применять фибробронхоскопию с биопсией, а в случаях рентгенологически выраженного очагового округлого изменения легочной ткани в первую очередь показана VATS-биопсия легкого.

Литература:

1. Дифференциальная диагностика диссеминированного туберкулеза легких и экзогенного альвеолита различной природы (по данным морфологического исследования)./ Антипова А.В., Лепеха Л.Н., Макарьянц Н.Н., Карпина Н.Л., Ловачева О.В., Садовникова С.С. // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 4. — С. 36.
2. Ошибки диагностики туберкулеза и рака легких./ Долгушева Ю.В., Фахртдинова А.Р., Нимченко О.С.// Материалы VIII съезда фтизиатров и пульмонологов. — 2015 г. С. 104–105.
3. Диагностика и химиотерапия туберкулеза органов дыхания./ Перельман М.И.// Пособие для врачей. Рабочая группа Высокого уровня по туберкулезу в Российской Федерации. — М.2003. — С. 48
4. Особенности нетуберкулезных заболеваний легких, выявляемых во фтизиатрических стационарах./ Лаушкина Ж.А., Краснов В.А.// Туберкулез и болезни легких. — № 7, 2016. — С. 38–42.
5. Pulmonary tuberculosis as differential diagnosis of lung cancer./ Batt M., Kant S., Bhaskar R.// South Asian J. Cancer. — 2012 — vol.48-pp.36–42.

Особенности клинического течения микозов у больных с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ

Мухамедов Козим Сабитович, кандидат медицинских наук, доцент;
Джурабаева Мухаббат Хусановна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель;
Массавилов Шерали Шерикваевич, старший преподаватель;
Анварова Екатерина Владимировна, ассистент;
Абдугаппаров Фазлхан Бахтиярович, магистр
Ташкентская медицинская академия (Узбекистан)

Актуальность. Наиболее существенное изменение современной эпидемиологической ситуации и структуры заболеваемости населения по туберкулезу осложняется ростом ВИЧ инфицированности. Установление диагноза ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом на ранней стадии ВИЧ-инфекции способствует эффективному проведению лечения [2, с. 35]. В министерской конференции проведенной в г. Москве в ноябре 2017 года, было подчеркнуто бремя ко-инфекции туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В отчете ВОЗ, за 2016 год зарегистрировано 1,3 млн случаев летальности от туберкулеза и 374000 при ко-инфекции туберкулеза и ВИЧ-инфекции [1, с. 5].

Микозы у больных ВИЧ/ТБ являясь оппортунистической инфекцией, утяжеляют течение последнего и способствуют развитию осложнений, а во многих случаях и решают исход заболевания [3, с. 61].

По статистическим данным городской клинической туберкулезной больницы № 1 (ГКТБ № 1) города Ташкента, из всех пролеченных больных за год по поводу туберкулеза органов дыхания более 20% составляет сочетание с ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения микозов у больных с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ.

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 140 больных в возрасте от 20 до 70 лет, которые находились на стационарном лечении в ГКТБ № 1 г. Ташкента в 2015 году. Установлено, что из 140 больных с ВИЧ/ТБ у 59 (42,1%) выявлены микозы как орофарингеальные, так и генерализованные. Соответственно в разработку вошли 59 больных с микозами различной локализации. Их них впервые выявленные пациенты составили — 19 (32,2%), ранее леченных — 40 (67,8%). Всем больным в условиях стационара проводилось комплексное клинико-рентгенологическое обследование. Применялись обязательные (лучевые методы исследования, бактериоскопический анализ мокроты на микобактерии туберкулеза и грибы, анализ крови и мочи) и дополнительные методы исследования (расширенная бактериологическая диагностика, бронхоскопия, исследование функции печени, почек, сердечно-сосудистой системы).

Результаты и обсуждение: Установлено, что удельный вес мужчин среди этих больных составил 88,2%, женщин 11,8%. Характеристика больных по полу и возрасту представлена на рисунках 1 и 2.

Среди больных преобладали возрастные группы: 31–40 и 41–50 лет, на них приходится 39,2% и 40,6% соответственно. (Рис. 2)



Рис. 1. Распределение больных по полу

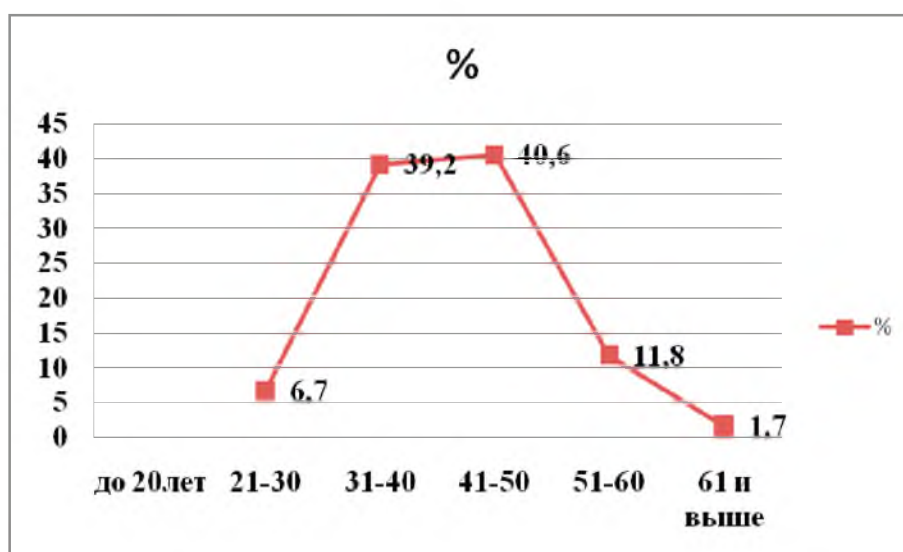


Рис. 2. Распределение больных по возрасту

Если рассматривать социальную характеристику, то основную массу составляют безработные — 94,3%. На рабочих и служащих приходится — 5,7%. Почти все больные были со средним образованием — 50 (84,7%), без образования — 7 (11,9%) и высшее образование имели — 2 (3,4%) больных. Судимости имели 37 человек, что составило 62,7% больных. Лица без определенного места жительства составили — 5 (8,4%) больных.

Вредные привычки выглядели следующим образом: курение — у 45 (76,2%), злоупотребление алкоголем — у 42 (71,2%), инъекционные наркотики употребляли — 29 (49,1%) и употребление насвая — у 5 (8,4%). При этом более половины больных имели по две-три вредные привычки — 30 (50,8%).

Из анамнеза 21 (35,6%) пациент имели контакт с бактериальными больными. Из них 13 (62%) случаев имели контакт в период пребывания в пенитенциарных учреждениях и 8 (38%) — с близкими родственниками (братом, мужем, отцом).

По клиническим формам (рис. 3) больные распределены следующим образом: инфильтративный тубер-

кулез легких — у 22 (37,5%), диссеминированный — у 12 (20,3%), бронхоаденит (БА) — у 9 (15,2%), фиброзно-кавернозный (ФКТ) — у 8 (13,5%), очаговый — у 6 (10,1%), казеозная пневмония — у 1 (1,7%) и кавернозный туберкулез легких — у 1 (1,7%) больных.

Рентгенологически односторонний процесс диагностирован у 23 (39%) больных, у 36 (61%) — процесс был двухсторонний. У 7 больных (11,8%) процесс локализовался в пределах 1–2 сегментов легких, у 24 (40,6%) — процесс занимал 1–2 доли и у 17 (28,8%) больных протяженность процесса была 3 и более долей.

При поступлении в стационар микобактерии были обнаружены различными методами у 37 (62,7%) больных. При анализе полученных данных установлено, что среди впервые выявленных МБТ обнаружено у 14 (77,7%) больных, а среди ранее леченных — у 23 (56%) больных. Резистентные штаммы МБТ (МЛУ/ТБ) выявлены у 6 (33,3%) впервые выявленных больных и у всех повторных больных.

Выявление в патологическом материале грибковой патологии было осуществлено бактериоскопическим и бак-

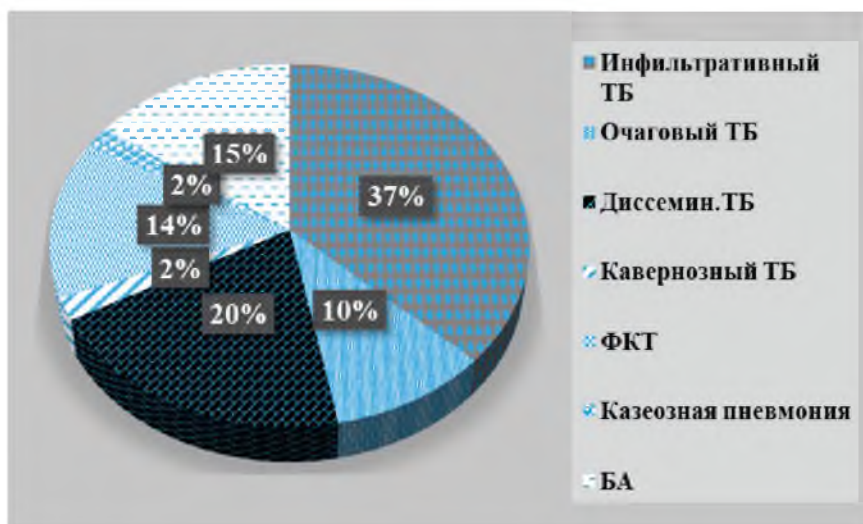


Рис. 3. Распределение больных по клиническим формам

териологическим методами с проведением ТЛЧ (тест на лекарственную чувствительность) на противогрибковые препараты. У всех больных были обнаружены споры и мицелии грибов типа *Candida*.

У всех больных при поступлении в стационар были выявлены симптомы интоксикации. Большинство больных поступили в состоянии средней тяжести 32 (54,2%), в тяжелом состоянии 17 (28,8%) и в относительно удовлетворительном состоянии — 10 (17%) больных. Для туберкулеза легких в сочетании с микозами на фоне ВИЧ-инфекции была характерна достаточно яркая клиническая картина. Так, температурная реакция была выявлена у 39 (66,1%) больных, жалобы на общую слабость встречались в 2 раза чаще у больных с диссеминированным и фиброзно-кавернозным туберкулезом, чем при инфильтративном процессе. Похудание (учитывалась потеря массы тела 5 кг и более) выявлено у 48 (81,3%)

больных, снижение аппетита, иногда вплоть до анорексии — у 58 (98,3%) больных. У 2 (3,4%) больных отмечалась осиплость голоса как признак генерализации процесса (Рис. № 4).

У всех больных имелись различные клинические проявления со стороны органов дыхания. Как видно из рисунка № 5, ведущим клиническим симптомом в 59 (100%) случаев является кашель, в основном с мокротой — у 42 (71,2%). Боли в грудной клетке встречались у 11 (18,6%) больных, в основном при осложненном течении заболевания.

Изменения гемограммы были обнаружены в 91,5% случаев (у 54 из 59 человек). Чаще всего отмечалось ускорение СОЭ — в 88,1% случаев. Изменения со стороны красной крови показало что: у 49 пациентов (83,1%) была анемия 1,2 и 3 степени. Лимфопения выявлена у 22 (37,2%) больных и лейкоцитоз — у 11 (18,6%).

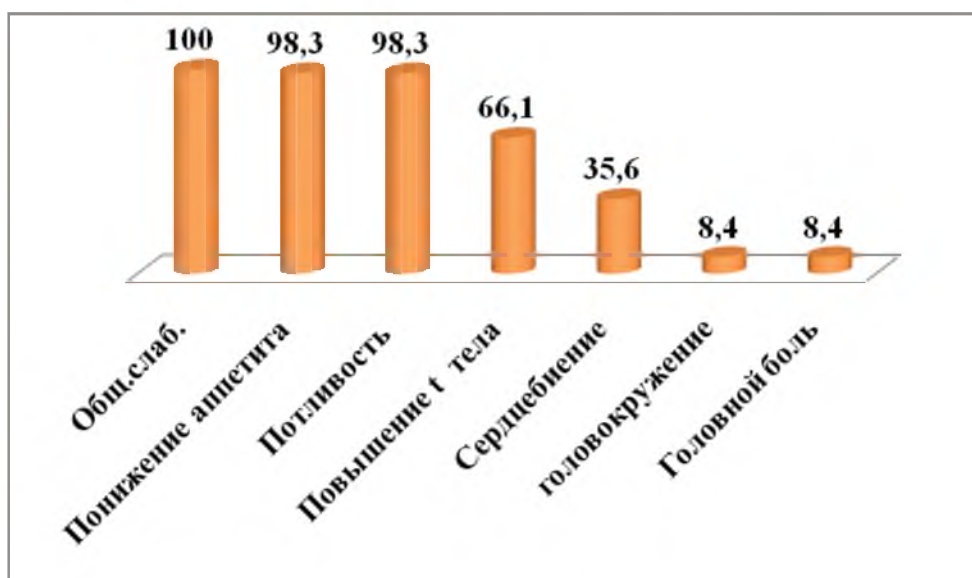


Рис. 4. Распределение больных по симптомам интоксикации

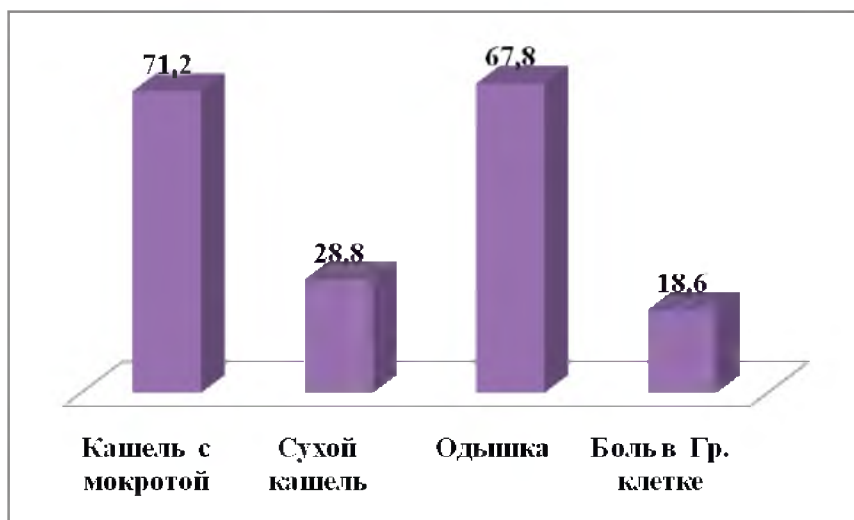


Рис. 5. Распределение больных по бронхолегочным симптомам

Сведения о частоте и характере сопутствующих заболеваний представлены в рисунке № 6. У 40 (67,8%) больных были диагностированы сопутствующие заболевания. Из них у более половины больных имелось по два, три и более сопутствующих заболеваний, соответственно у 13 (32,5%) и у 11 (27,5%). Только у 16 (40%) больных выявлена одна сопутствующая патология.

При анализе структуры сопутствующих заболеваний отмечено преобладание анемий — у 49 (83,1%), далее по частоте встречаемости следуют: гепатиты — у 20 (33,9%) и цирроз печени — у 6 (10,1%). Остальные патологии встречаются в единичных случаях.

У этих больных следует выделить и виды осложнений (рисунок 7). По нашим данным из 59 обследуемых у 56 (94,9%) были выявлены различные осложнения. Сочетание двух и более осложнений отмечалось у 35 (62,5%) больных. При изучении структуры осложнений установ-

лено, что почти у всех больных на фоне туберкулезного процесса в сочетании с ВИЧ-инфекцией развились гипотрофия 1, 2, 3 степени — у 49 (83,05%), кахексия установлена у шести больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Дыхательная недостаточность — у 56 (94,9%), легочно-сердечная недостаточность (ЛСН) — у 18 (30,5%) больных, в основном эту группу составили больные с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. Кровохарканье отмечалось у 2 (3,4%) больных, экссудативный плеврит — у 15 (25,4%). Генерализация туберкулезного процесса за пределы легочной ткани была отмечена у 5 (8,4%) больных: из них менингит — у 2 (3,4%) пациентов, туберкулез гортани — у 2 (3,4%) и туберкулез шейных лимфатических узлов — у 1 (1,7%) больного.

Противотуберкулезная терапия проводилась с учетом наличия устойчивости к препаратам первого ряда. По первому режиму химиотерапии получали лечение 13 больных

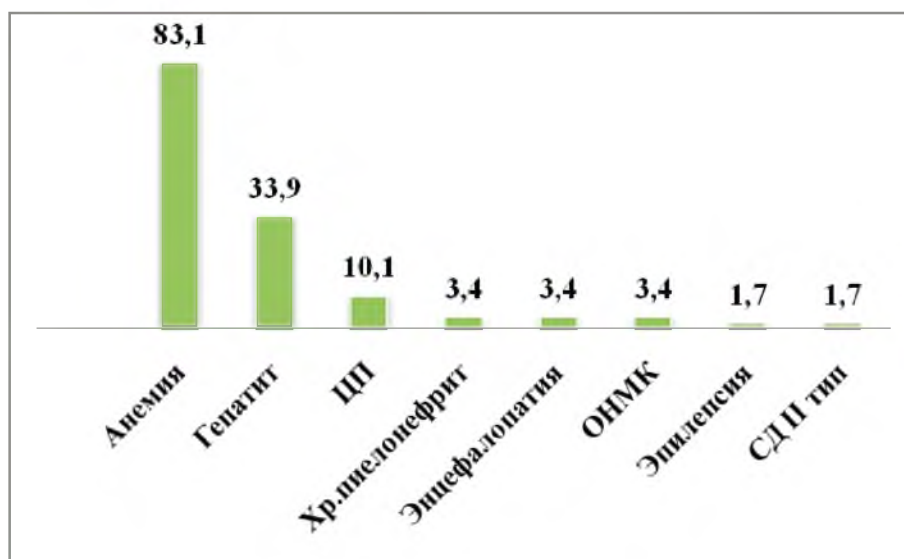


Рис. 6. Распределение больных по сопутствующим заболеваниям



Рис. 7. Распределение больных по осложнениям

с впервые выявленным туберкулезом, по 2 режиму химиотерапии получали лечение 17 ранее леченных больных и 29 больных с МЛУ/ТБ получали лечение резервными противотуберкулезными препаратами.

Противогрибковая терапия проводилась с учетом ТЛЧ внутривенно и перорально. Средняя продолжительность лечения кандидоза дыхательных путей у иммунокомпетентных лиц составила 10–14 дней.

В результате лечения достигнута положительная динамика у 30 (50,9%) больных, без динамики — у 13 (22%) и летальный исход на фоне комплексного лечения отмечен у 16 (27,1%) больных.

Выводы:

1. Изучение медико-социальной характеристики позволило установить, что больные с туберкулезом в сочетании с микозами на фоне ВИЧ-инфекции, относятся в большинстве случаев к социально-дезадаптирован-

ному контингенту (76,2%). В том числе: наличие судимости (62,7%), лиц без определенного места жительства (8,4%), злоупотребление алкоголем (71,2%), потребление инъекционных наркотиков (49,1%). У 50 (84,7%) больных имелись вредные привычки, причем более половины больных имели по две-три вредные привычки (50,8%).

2. Микозы утяжеляют клиническое течение туберкулеза, снижают эффективность лечения. Исход заболевания во многом зависит от времени начала противогрибковой терапии на фоне противотуберкулезных препаратов, которое следует начинать как можно раньше.

3. Обеспечение полного охвата обследованиями на микозы у ВИЧ/ТБ больных, как выполнение стандарта по проведению обследований этой категории, существенно повысит эффективность лечения и улучшит качество жизни.

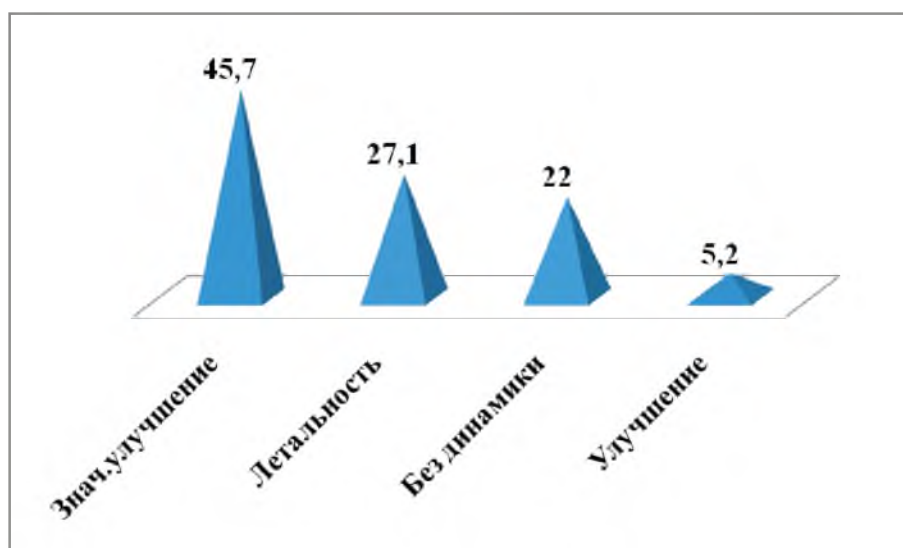


Рис. 8. Исход лечения

Литература:

1. World Health Organization, Global Tuberculosis Report, 2017. Geneva: WHO; (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf, accessed 2 August 2017).
2. Мишин В. Ю., Мишина А. В. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией: проблемы диагностики и лечения с позиции доказательной медицины. Материалы VIII съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. 2015. Стр.35–41
3. Парпиева Н.Н. Психосоциальная поддержка больных с ко-инфекцией ТБ и ВИЧ. Материалы VIII съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. 2015. Стр.61–63.

Клинические особенности течения осложненных форм туберкулезного спондилита сочетанного с сахарным диабетом

Назиров Примкул Ходжамович, ведущий научный сотрудник, руководитель отделения костно-суставного туберкулеза;
 Бабоев Абдувахоб Сахибназарович, младший научный сотрудник;
 Туйчиев Нуриддин Назарович, заведующий отделением костно-суставного туберкулеза;
 Рустамов Фаррух Холмуминович, младший научный сотрудник
 Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Фтизиатрии и Пульмонологии, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Значимость проблемы сахарного диабета (СД) для фтизиатров обусловлена особой подверженностью данных пациентов к туберкулезу (ТБ). Доказано, что активный туберкулез при сахарном диабете выявляют в 3–11 раз чаще, чем среди остального населения. Особенно подвержены заболеванию ТБ лица с тяжелым декомпенсированным и с осложненным течением диабета [8, с. 1091]. Известно, что у больных СД наблюдаются различные осложнения: микроангиопатия макроангиопатия, диабетическая нейропатия, которые ухудшают эффективность и переносимость противотуберкулезных препаратов, что затрудняет лечение туберкулеза у этой категории больных [1, с. 50; 2, с. 5].

В настоящее время во всем мире насчитывается 246 млн больных СД, причем около 50% всех больных диабетом приходится на наиболее активный, трудоспособный и репродуктивный возраст 30–59 лет. Еще 20 лет назад численность больных диабетом не превышала 30 млн человек. Учитывая темпы роста этого заболевания, эксперты ВОЗ прогнозируют, что количество больных СД к 2030 г. увеличится в 1,5 раза и достигнет 380 млн человек. Еще более стремительно увеличивается доля населения с так называемым «метаболическим синдромом», прежде всего с избыточной массой тела или ожирением [3, с. 2].

Костно-суставной туберкулез занимает первое место по встречаемости среди внелегочных форм туберкулеза, причем наиболее часто поражаются тела позвонков.

Одной из проблем при туберкулезном спондилите является угроза инвалидности за счет глубоких спинномозговых нарушений, вследствие сдавления спинного мозга абсцессами или костными фрагментами в результате патологического перелома. Частота спинальных нарушений очень высока и доходит до 80% [4, с. 27; 5, с. 32].

Количество таких больных накапливается, а их лечение и содержание требует больших материальных затрат, что превращается в социальную проблему [6, с. 365; 7, с. 74].

Нередко туберкулез костей и суставов сочетается с заболеваниями внутренних органов. В Республике Узбекистан у 34% больных туберкулезом позвоночника выявлены выраженные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, у 8% со стороны эндокринной системы.

Следовательно, в сложившейся эпидемиологической обстановке по туберкулезу в Республике Узбекистан проблема сочетания туберкулеза костей и суставов с сахарным диабетом приобретает особую актуальность.

Цель: повышение эффективности комплексного антибактериального и хирургического лечения осложненных форм туберкулеза костей и суставов при сахарном диабете.

Материалы и методы: Обследованы 65 больных туберкулезным спондилитом госпитализированных в отделение костно-суставного туберкулеза РСНПМЦ Ф и П за 2016–2017 гг. Возраст больных составлял от 50 до 70 лет. Средний возраст 55,7 лет. Мужчин было 35 (53,8%), женщин 30 (46,2%).

Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза, общего состояния, ортопедического статуса, лабораторных и инструментальных данных, результатов бактериологических и гистологических исследований.

У каждого больного проводили рентгенографию грудной клетки и МРТ пораженного сегмента позвоночника, который определяли клинически, при этом МРТ проводили на МРТ сканере мощностью не менее 1,5 тесла. У первичных больных обращали внимание на длительность заболевания, возраст и пол больного.

Больные разделены на основную группу (30 (46,2%) больных) и контрольную группы (35 (53,8%) больных). В основную группу вошли больные с сопутствующим сахарным диабетом. У больных контрольной группы уровень глюкозы крови был в пределах нормы.

Диагноз сахарный диабет устанавливали на основании клиничко-лабораторных данных и консультации эндокринолога.