

кулеза легких патология печени встречается в 2,1 раза чаще, патология желчного пузыря – в 5,2 раза чаще, патология почки в 2,7 раза чаще, чем у пациентов с ЛЧ формой туберкулеза легких (54,6% и 25,0%; 31,3% и 6,0%; 57,6% и 21,0% соответственно,  $P < 0,001$ ). Сонография расширяет возможности выявления и оценки тяжести патологии печени и почек у больных с ЛУ туберкулезом легких.

**Заключение.** ЛУ форма туберкулеза легких часто сочетается с заболеваниями гепатобилиарной системы и почек, которые требуют лечения. Для своевременной диагностики заболеваний гепатобилиарной системы и почек, и выбора оптимального режима лечения ЛУ форм туберкулеза легких целесообразно проводить клиничко-сонографические исследования.

## 92

### ВЫПОЛНЕНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТАХ

**Дакенова Ж.К., Ракишева Ж.К., Оразбаев С.Ж.,**  
ГККП «Противотуберкулезный диспансер»  
г. Астаны, Казахстан

Из-за сложности дифференциальной диагностики экссудативных плевритов встречаются случаи туберкулезного плеврита с несвоевременной постановкой диагноза заболевания. Плевральные выпоты как патологические процессы в плевре имеют вторичный характер, несмотря на это, часто определяют тяжесть течения основного заболевания.

С целью ранней диагностики плевритов туберкулезного генеза и проведения своевременного лечения, согласно приказа начальника Управления здравоохранения, №188 от 15.02.2013 года по исполнению протокольного поручения №2 Фтизиопульмонологического совета от 31.01.2013 года, разработан алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи при экссудативных плевритах на уровне первичной медико-санитарной помощи. Основной задачей которого является проведение дифференциальной диагностики экссудативных плевритов в условиях противотуберкулезного диспансера г. Астаны.

За 5 месяцев 2013 года в противотуберкулезный диспансер поступило 69 больных с плевритом неясного генеза: из учреждений ПМСП-26, из АО «Центральная дорожная больница»-24, из городских больниц №1– 2, №2-15, из перинатального центра №2 -1, из Центра адаптации – 1.

Для своевременной диагностики использовались современные лучевые и инструментальные методы исследования КТ, УЗИ, видеоторакокопия с биопсией, исследование пунктата.

Всего из 69 выявлено 60 (87,0%) случаев туберкулезного плеврита, среди них туберкулезный

плеврит в сочетании с легочным процессом у 36 (60,0%) больных, у 24 (40,0%) пациентов туберкулезный плеврит протекал изолированно без легочного поражения. В девяти случаях установлена другая патология, данные результаты распределились следующим образом: постравматический-1, мезотелиома плевры-2, неспецифического генеза-2, нефротический синдром-1, кардиогенные трансудаты-3.

Выявленные случаи туберкулезного плеврита по регионам распределились следующим образом: жители г. Астана – 56 (93,3%) больных, из Акмолинской области – 2 больных, из Алматинской области – 1 пациент, из Павлодарской области – 1.

Четверо больных выехали на дальнейшее лечение в свои регионы, по фактическому месту проживания, переданы выписки из истории болезни.

**Выводы:**

1. туберкулезный плеврит в в клинической структуре экссудативных плевритов занимает ведущее место.

2. Современные лучевые и инструментальные методы исследования (КТ, УЗИ, видеоторакокопия с биопсией, исследование пунктата), являются достоверными при верификации заболевания у больных с экссудативным плевритом.

3. Разработанный алгоритм дифференциальной диагностики этиологии плевритов дает возможность установить диагноз на раннем этапе заболевания в 100% случаев.

4. применение разработанного диагностического алгоритма в практическом здравоохранении способствует сокращению срока дифференциальной диагностики экссудативного плеврита и предупреждению развития осложнений.

## 93

### АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

**Сергазина А.О.**  
Южно-Казахстанская государственная  
фармацевтическая академия,  
г. Шымкент, Казахстан

Отсутствие патогномичных клинических симптомов проявления и течения туберкулеза легких затрудняет своевременное выявление этого заболевания многие люди, у которых появились симптомы легочного заболевания (особенно пожилые сельские жители) не всегда регулярно привлекаются к рентгенологическому и медицинскому обследованию. Некоторые из них не обращаются своевременно за врачебной помощью, ошибочно полагая, что те или иные имеющиеся у них симптомы (слабость, кашель, плохой аппетит, похудание, одышка и др.) связаны с простудой, гриппом или др. причинами.

Аналізу были подвергнуты истории болезни 120 сельских жителей, поступивших на лечение в областной противотуберкулезный диспансер г. Шымкента по поводу инфильтративного туберкулеза легких. Выявлено, что только у 58% пациентов туберкулез был обнаружен в течение первого месяца появления «грудных жалоб», у остальных – в более поздние сроки.

При таких условиях болезнь часто выявляется в деструктивной фазе специфического процесса. По этой же причине некоторые пациенты с туберкулезом органов дыхания, особенно старше 70 лет, умирают от этого заболевания, не состояв на учете в диспансерах. Следовательно, активное выявление таких больных, проживающих на территории врачебного участка, фельдшерско-акушерского пункта и привлечение их к целенаправленному обследованию (консультации) у фтизиатра будет способствовать предотвращению прогрессирования и распространения болезни.

Было выявлено, что при обращении за врачебной помощью легочное заболевание интерпретировалось как пневмония, и пациенты с туберкулезом легких в самой заразной фазе болезни госпитализировались в участковые и районные больницы на срок от двух до четырех или более недель. Это обстоятельство способствовало эволюции туберкулеза и внутрибольничному распространению инфекции.

На наш взгляд, во всех неясных случаях легочного заболевания, сопровождающегося симптомами интоксикации и патологическими изменениями на рентгенограмме, необходимо назначать не неспецифическое антимикробное лечение, а антибактериальные препараты широкого спектра действия, включая противотуберкулезные средства (стрептомицин, рифампицин, изониазид, фторхинолоны).

Таким образом, подобная тактика по принципу приоритетного лечения более опасной и заразной болезни будет способствовать повышению «фтизиатрической настороженности» лечащего врача, более своевременному началу противотуберкулезной терапии, что заметно улучшит прогноз заболевания и в какой-то степени снизит риск нозокомиального инфицирования.

94

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С ВИЧ

Курбанова Д.Т<sup>1</sup>, Пулатов Ж.А.<sup>2</sup>, Ким Н.Ф.<sup>2</sup>  
Городская клиническая туберкулезная больница<sup>1</sup>, г. Ташкент, Узбекистан  
Ташкентского педиатрического медицинского института<sup>2</sup>, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: анализ результатов лечения больных с туберкулезом легких (ТЛ) и ВИЧ.

Материал и методы пролечено всего 211 больных с ТЛ+ВИЧ, что составляет 18,4% из общего количество пролеченных пациентов. ВИЧ выявлен у 29,8% больных после поступления в стационар, в тоже время большинство пациентов 70,2% состояли на диспансерном учете СПИД центре.

Результаты: ТЛ впервые выявлен у 48,2% больных, ране леченые больные составили 51,6%. Среди впервые выявленных больных преобладал инфильтративный – 51,4% и диссеминированный ТЛ – 27,7%. У ране леченных больных чаще встречался диссеминированный – 24,7%, инфильтративный и фиброзно-кавернозный ТЛ установлен у 33,4% и 16,5% больных соответственно. Деструкция легочной ткани выявлено у 57,4% впервые выявленных больных и у 60,0% ране леченных. Выделение МБТ установлено у 47,5% впервые выявленных и 52,3% ране леченных пациентов. Лекарственная устойчивость к химиопрепаратам первого ряда установлено у 64,4% больных ТЛ с ВИЧ. MDR выявлен у 15,8% первичных и 36,8% ране леченных больных ТЛ + ВИЧ. Из 211 ТЛ+ВИЧ больных у 17% выявлены СПИД– индикаторные заболевания.

48,0% больных пролечено по 1 категории, 45,7% – по 2 категории DOTS и 13 пациентов получили HRZE. В динамике закрытие деструкции отмечено у 48,3% впервые выявленных и у 15,1% ране леченных пациентов с ТЛ +ВИЧ. Конверсия мазка мокроты составило 77,1% и 42,1% соответственно. Летальность отмечено 19,3% среди ране леченных и 8,0 % среди впервые выявленных больных.

Выводы. Эффективность лечения больных ТЛ +ВИЧ низкая, одной весомых причин являются наличие лекарственно устойчивости МБТ, наличие сопутствующих и СПИД – индикаторных заболеваний.

95

### ВОЗМОЖНОСТИ ФЕРМЕНТОДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Тилляшайхов М.Н, Нигманов Р.Т,  
Тарасова Н.В., Абдуллаев М.А.  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимова, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить эффективность определения активности ферментов в моче у больных туберкулезом легких с разным генетическим фоном.

Материал и методы: Обследовано 337 больных деструктивным туберкулезом легких в возрасте от 17 до 65 лет. Определяли следующие генетические маркеры: