

циентов в стационаре составила от 12 до 16 дней. У остальных 16 больных (35,6%) был подтвержден диагноз туберкулеза и начата противотуберкулезная терапия. В 6 случаях (13,3%) заподозрен опухолевый процесс, что послужило поводом к консультации онколога и последующему переводу пациентов в онкологический диспансер.

Заключение. Считаем, что на амбулаторном этапе больным с бронхолегочными заболеваниями назначаются и проводятся диагностические мероприятия не в полном объеме. Редко используются дополнительные методы диагностики, в том числе и инвазивные. Назначенное лечение часто не соответствует степени тяжести и распространенности процесса, плохо контролируется, не отслеживается динамика клинических и лабораторных данных. Все это приводит к тому, что больные направляются в противотуберкулезный диспансер, где находясь в контакте с больными туберкулезом им проводится полноценное обследование, дифференциальная диагностика и адекватное лечение пневмоний.

82

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ГОРТАНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

**Хауадамова Г.Т., Арбузова Е.В.,
Мясникова Г.А., Уразакова Д.И.
Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК,
г. Алматы, Казахстан**

Цель исследования: ознакомить врачей фтизиатров с возможностями современных технологий в диагностике туберкулеза гортани: компьютерная томография органов грудной клетки и гортани, обследование гортани на ЛОР комбайне, применение скоростных методов Xpert Mtb Rif.

Материалы и методы исследования. Проведен клиничко-рентгенологический анализ 15 случаев заболевания туберкулезом гортани у больных, поступивших на лечение в легочно-терапевтическое отделение №2 НЦПТ РК за 3 года. Проводилось рентгенологическое обследование, компьютерная томография грудной клетки и гортани, бактериоскопия и бакпосевы мокроты на микобактерии туберкулеза, GeneXpert Mtb Rif. Также проводилось обследование гортани на ЛОР комбайне «New Millennium Grand».

Результаты и обсуждение. Установлено, что туберкулез гортани встречается у 3,2% больных. Первый признак – дисфония различной степени выраженности. В первую очередь к оториноларингологами было заподозрено онкологическое поражение гортани, хронический ларингит или системное поражение (СКВ, синдромы Бехчета или

Вегенера). При ларингоскопическом обследовании: инфильтрация и гиперемия надгортанника, вестибулярных и голосовых связок, ограничение подвижности отделов гортани. При биопсии подтверждалось туберкулезное поражение гортани. При проведении рентгенологического обследования у данных больных выявляется туберкулез легких: инфильтративный у 5 (30%), подострый диссеминированный у 7 (46,6%), фиброзно-кавернозный – у 3 (20%) больных. Распад легочной ткани обнаруживается у 12 (80%), бактериовыделение, выявленное бактериоскопическим методом – у 11 (73,3%) больных, методом бакпосева – у всех 15 (100%) больных, Xpert Mtb Rif – 1, устойчивость к рифампицину – 1. От момента первичного обращения к оториноларингологу до момента постановки диагноза туберкулеза в среднем прошло около 1 – 1,5 месяцев. Из вышеуказанного следует, что при обращении пациентов с жалобами со стороны гортани необходимо отправлять их на флюорографическое обследование легких в поликлиниках по месту жительства и анализ мазка из гортани на МТ как бактериоскопически, так и на молекулярные методы исследования – Xpert Mtb Rif. При таком комплексном исследовании диагноз туберкулеза будет поставлен значительно раньше.

Заключение: бактериоскопическое исследование мокроты при поражении туберкулезом гортани и легких дает положительный результат у 11 (73,3%) больных. Поражение гортани часто является первым признаком заболевания туберкулезом. Основной симптом туберкулеза гортани – дисфония или афония. В среднем от момента обращения больного с жалобами до установления диагноза туберкулеза гортани проходит 1 – 1,5 месяца. Разработан алгоритм для выявления туберкулеза гортани: Обязательное рентгенологическое обследование органов грудной клетки; компьютерная томография гортани; выяснение контакта с больным туберкулезом; бактериоскопия мазка из гортани на МТ; биопсия гортани по показаниям.

83

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИКАРДА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

**Нургалиева Ж.Ж., Боровкова Л.В., Касымова Г.А.
Противотуберкулезный диспансер
г. Астана, Казахстан**

Туберкулез может вызвать любую известную форму перикардита. Данные литературы о частоте туберкулезных перикардитов весьма противоречивы, их доля среди всех перикардитов составляет 10-36%. Особое внимание следует обратить на

увеличение числа перикардитов у больных туберкулезом с ВИЧ инфекцией. Среди больных туберкулезом у 6,5% отмечается накопление экссудата в полости перикарда. Туберкулезный перикардит переносит каждый второй из десяти больных легочным туберкулезом. Самая распространенная форма это сухой перикардит, ограниченный или распространенный.

Цель исследования: Ультразвуковая диагностика, на сегодня является основным методом диагностики воспалительных процессов в перикарде, позволяющая оценить движение листков перикарда, их экзогенность, наличие включения в перикардальную жидкости, гемодинамические расстройства. Нами проведено исследование по частоте поражения перикарда у больных туберкулезом легких.

Экссудативный перикардит наиболее часто наблюдается при впервые выявленном туберкулезе с последующим исходом в выздоровление или переходом в экссудативно-фибринозный перикардит у хронических больных.

Материалы и методы исследования: С декабря 2012года в противотуберкулезном диспансере города Астаны проводятся эхокардиографические исследования пациентов на УЗИ – аппарате фирмы Тошиба, с целью выявления патологии перикарда и вторичных кардиальных изменений при тяжелой легочной патологии приводящей к хронической легочной гипертензии.

Результаты и обсуждение: Хронический туберкулезный перикардит чаще наблюдается у лиц 30-50 лет и старше. Обычно ему предшествует экссудативно-фибринозный с отложениями фибрина виде нитей, плавающих в экссудате («волосяное сердце»). С увеличением фибрина экссудат становится желеобразным, что в свою очередь затрудняет диастолическое расслабление миокарда, уменьшает объем выброса. В дальнейшем формируется констриктивный перикардит. Частота хронического перикардита среди больных с хроническими формами туберкулеза достигает 10-12%. Всего с декабря 2012 года было проведено 210 доплер эхокардиографических исследований больным с осложненными формами туберкулеза у которых патология перикарда выявлена у 37 (17%) пациентов. Из числа больных с патологией перикарда 37 случаев, с экссудативным перикардитом выявлено 12 (32,4%) человек, с экссудативно – фибринозным перикардитом 25(67,6%), пациентов, с констриктивным перикардитом выявлено 2 случая (5,4%).

Заключение: Основной патологией выявленной при УЗИ – обследовании перикарда является экссудативно-фибринозный перикардит в 67,6,0%. Сегодня доплеровская эхокардиография заняла прочное место среди диагностических методов и является обще-обязательным рутинным методом

исследования в диагностики патологии перикарда и выявлений кардиональных изменений при тяжелой легочной патологии, приводящей к хронической тяжелой легочной гипертензии.

84

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

**Агзамова Р.А.¹, Бугаков А.А.¹,
Искакова А.Ш.¹, Нашенова Г.Б.¹, Байжанова С.Т.².
АО «Медицинский университет Астана»¹,
г. Астана, Казахстан
Городской противотуберкулезный
диспансер, г.Астана, Казахстан**

Цель исследования: изучить клиническое течение и эффективность лечения туберкулеза органов дыхания у детей.

Материал и методы: изучены методы выявления и клиническая характеристика туберкулеза у 40 детей, находившихся на стационарном лечении в детском отделении городского противотуберкулезного диспансера г. Астаны в 2010 г.

По полу 52,5% были мальчиками, 47,5% – девочками. По возрасту до 5 лет составляли 25%, в возрасте 6-10 лет – 30%, 11 – 14 лет – 45%, существенной разницы по возрасту между мальчиками и девочками не отмечено. Большинство детей –70% были учащимися общеобразовательных школ, 30% – дошкольного возраста.

Результаты исследования: В 37,5% заболевание было выявлено по туберкулиновой пробе Манту, в 32,5% – при обследовании как контактных из очагов туберкулезной инфекции, в 22,5% – при обращении за медицинской помощью и в 7,5% – при профилактическом флюорографическом обследовании.

По клиническим формам первое место занимал первичный туберкулезный комплекс – в 52,5%, на втором месте – в 35,0% туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 7,5% – инфильтративный туберкулез легких, в 5,0% – экссудативный плеврит.

В 10% туберкулез органов дыхания у детей был осложнен деструкцией легочной ткани и бактериовыделением, по 7,5% – обсеменением и экссудативным плевритом, по 2,5% – ателектазом средней доли легкого и туберкулезом периферических лимфатических узлов.

Почти все (95%) больные дети были отнесены к новым случаям, из них 90% получали лечение по 1-й категории, 5%– с ограниченным процессом без деструкции и бактериовыделения – по 3-й категории. У 5% детей в связи с отсутствием положительной клинико-рентгенологической динамики