

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