

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, видеоторакоскопия 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, видеоторакоскопия 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.