

Цель работы — представить сравнительную характеристику различных методов выявления туберкулеза в Узбекистане.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ данных сравнительного изучения эффективности флюорографического, бактериологического методов для выявления туберкулеза.

Результаты исследования. В 2012 г. активный туберкулез был обнаружен у 82,1 % больных рентгенофлюорографическим методом, у 15,2 % — по исследованию мокроты и у 2,7 % — гистологическим методом. За 2012 г. было обследовано 3 483 993 человека флюорографическим методом. Среди впервые зарегистрированных больных активным туберкулезом органов дыхания удельный вес лиц, выявленных флюорографическим методом, по Узбекистану составил 61,2 %. План флюорографических исследований лиц из «групп риска» выполнен на 86 %, «обязательного» контингента — на 88,9 %. На цифровых флюорографических аппаратах «Проскан» в 2012 г. по республике обследовано 404 740 лиц, из них туберкулез легких заподозрен у 17,3 % флюороположительных лиц. Среди подозрительных лиц активный туберкулез легких установлен у 6,4 % (в 2011 г. — у 0,4 %), неактивный — у 10,9 % (в 2011 г. — у 0,6 %) пациентов. Низкие показатели выявления флюороположительных лиц были отмечены в Бухарской (0,2 %), Андижанской (0,3 %), Ферганской (0,3 %), Самаркандской (0,4 %), Кашкадарьинской (0,5 %), Сурхандарьинской (0,6 %) областях и в г. Ташкенте (0,3 %).

Среди впервые выявленных больных туберкулезом множественные лекарственно устойчивые формы составили 23 %, среди повторных больных — 62 %, широкая лекарственная устойчивость отмечена в 5 % случаев. В целом по республике процент бактериологической диагностики и верификации случаев МЛУ/ТБ низкий. По Андижанской, Джизакской, Кашкадарьинской, Навоийской, Сырдарьинской, Ферганской и Хорезмской областям выявления МЛУ/ТБ составляет от 3 до 8 % случаев. В настоящее время внедрение микроскопии на МБТ на местах осуществляется с низкой результативностью. Так, в 2012 г. в 317 микроскопических лабораториях проведены 128 204 исследования мокроты и показатель выявляемости составил 7,8 % (10 018).

Заключение. В Узбекистане наблюдается тенденция к снижению эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Однако структура выявленного туберкулеза мало меняется, что свидетельствует о недостаточном качестве мероприятий, проводимых с целью раннего выявления болезни. Рентгено-флюорографические и бактериологические методы выявления туберкулеза имеют свои преимущества и недостатки, а комплексное или последовательное применение их способствует максимальному обнаружению больных туберкулезом. На сегодняшний день высокоинформативным и наиболее доступным методом раннего выявления туберкулеза легких остается рентгенофлюорографическое обследование.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПУХОЛИ ПОЧКИ

© *М.Н. Тилляшайхов, М.А. Хакимов, Д.К. Абдурахмонов, М.М. Рахматов, Ш.М. Халилов, М.Г. Абдикаримов*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии Минздрава Республики Узбекистан (Ташкент, Республика Узбекистан)

В ряде не вполне ясных по клинической картине или по объективным данным случаев приходится проводить дифференциальную диагностику между туберкулезом и опухолью почки. Описаны сочетанные поражения почки опухолью и туберкулезом (Волков А.А., Зубань О.Н., 2007).

Цель работы — изучить дифференциально-диагностические признаки поражений почек опухолью и туберкулезом.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты 3284 исследований в клинике РСНПМЦФип МЗ РУз с подозрением на нефротуберкулез (НТ). Среди обследованных НТ был

установлен у 1820 (55,4 %) больных, хронический пиелонефрит — у 584 (17,8 %), нефролитиаз — у 245 (7,5 %), нефроптоз — у 160 (4,8 %), аномалии структуры почек — у 74 (2,3 %), амилоидоз почек — у 35 (1,1 %), опухоль почки — у 53 (1,6 %), патологии почек не обнаружено у 313 (9,5 %) пациентов.

Результаты и обсуждения. Клинико-лабораторные, рентгенологические и эхографические критерии диагностики НТ предусматривают констатацию нормы и патологии в почках, а также определение локализации, формы и характера специфического процесса. Такой системный под-

ход позволит достичь высокой точности диагностики туберкулеза и опухоли почки. На основании клинико-лабораторных и лучевых методов исследования у 3284 больных с подозрением на туберкулез нами был разработан оптимальный комплекс дифференциальной диагностики туберкулеза почки, состоящий из 81 наиболее информативного признака патологии почек. Безусловно, не все признаки равноценны. Такие признаки, как туберкулезная микобактериурия, туберкулезные бугорки, язвы и рубцовые изменения в мочевом пузыре, наличие полостей в паренхиме почки на рентгенограммах, выявление гипо- и анэхогенных полостей неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками неправильной формы на эхотомограммах, имеют решающее значение в диагностике НТ. Обнаружение расширения вен семенного канатика у мужчин или расширения вен больших половых губ у женщин, эхографическое выявление образования в почке неоднородной структуры играют важную роль в постановке диагноза опухоли почки. Эти признаки, имеющие особое значение в дифференциальной диагностике НТ, обозначены «++». Для удобства математического анализа данных предлагаем схему. Сумма всех положительных признаков для каждого заболевания составляет 100 %. Таких положительных

признаков, отмеченных знаком «+», для туберкулеза почки 45, хронического пиелонефрита — 32, нефролитиаза — 16, опухоли почки — 23, аномалий структуры почек — 20. Например, у пациента определены 21 положительный признак туберкулеза почки, 8 — хронического пиелонефрита, 3 — нефролитиаза, 7 — опухоли почки, 4 — аномалий структуры почек. Это соответственно составляет 46,7; 25; 18,8; 30,4; 20 %, поэтому у такого пациента с большой вероятностью можно предположить диагноз НТ. При наличии признаков, отмеченных двумя знаками «+», мы предлагаем прибавлять к полученной сумме 50 %, что достаточно объективно отражает их информативность.

Заключение. Диагностика туберкулеза и опухоли почек представляет значительные трудности, разработанный нами дифференциально-диагностический комплекс может значительно облегчить проведение дифференциации туберкулеза почки с опухолями, хроническим пиелонефритом, нефролитиазом, аномалиями структуры почек. Сочетание эхографии почек с клинико-лабораторными исследованиями, на наш взгляд, не только является способом дифференциальной диагностики между опухолью и туберкулезом почек, но и имеет значение в оценке эффективности комплексной терапии больных нефротуберкулезом.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ФОНЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ СПИННОГО МОЗГА. СПЕКТР ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

© Г.Е. Тищенко

АО «Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление» (Москва)

По статистике, частота травматических повреждений позвоночника и спинного мозга сильно варьирует в зависимости от уровня жизни в той или иной стране — от 280 до 906 случаев на 1 миллион населения. По данным релевантной литературы из источников PubMed, MEDLINE и др., самая высокая частота встречаемости позвоночно-спинномозговой травмы среди стран, предоставивших статистические данные, в США — 906 случаев на 1 миллион жителей, Финляндия является страной с одним из самых низких показателей — 280 случаев позвоночно-спинномозговой травмы на 1 миллион населения. По приблизительным расчетам, в РФ ежегодно получают травму с повреждением спинного мозга не менее 8000 человек. Из неофициальной статистики известно, что в РФ насчитывается около 200 000 пациентов с повреждением

спинного мозга (любой этиологии), в московские клиники поступает около 500 первичных пациентов с травмой позвоночника за год. В структуре спинномозговой травмы около 75 % занимают мужчины репродуктивного возраста, средний возраст — 20–40 лет. За последние 70 лет количество больных с позвоночно-спинномозговой травмой возросло в 200 раз.

Нарушение функции тазовых органов после травматических повреждений спинного мозга развивается более чем в 90 % случаев. В частности, в 93 % случаев у пациентов с супрасакральным повреждением спинного мозга выявляется нейрогенная детрузорная гиперактивность и детрузорно-сфинктерная диссинергия, у 83 % пациентов с уровнем повреждения ниже сакрального центра микции развивается гипоконтрактильность детрузора.