

ных туберкулезом почек, осложненным туберкулезным циститом. Из указанных пациентов отобраны 104 больных туберкулезом почек в сочетании с циститом. Применены лучевые методы обследования (эхография почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, компьютерная томография) и клиничко-лабораторные методы — как общеклинические, так и специальные.

Результаты. Из 344 больных туберкулезом почек у 30,2 % отмечены явления цистита. У 70 (20,3 %) больных выявлен туберкулезный папиллит, у 61 (17,7 %) — кавернозная форма, у 33 (9,6 %) — поликавернозная форма, у 46 (13,4 %) — фиброзно-кавернозная форма, у 21 (6,1 %) — туберкулезный пионефроз, у 69 (20,1 %) — туберкулез единственной почки и у 38 (11,1 %) — посттуберкулезный гидронефроз. Наиболее часто туберкулезный цистит сочетался с распространенными формами туберкулеза

почек (73,1 %). При исследовании мочи больных туберкулезом почек без цистита туберкулезная микобактериурия отмечена у 39,6 %. У больных туберкулезом почек в сочетании с циститом туберкулезная микобактериурия имела место в 60,4 % случаев. При цистоскопии преобладали эрозивно-язвенные формы туберкулезного цистита (43,3 %) и гиперактивный мочевой пузырь (34,6 %), реже встречались бугорково-инфильтративная форма (16,3 %) и истинное сморщивание мочевого пузыря (5,8 %).

Заключение. Различные формы туберкулеза почек в 30,2 % случаев сочетаются с поражением мочевого пузыря. У больных туберкулезом почек, осложненным туберкулезным циститом, преобладают распространенные формы туберкулеза почек. У 73,1 % больных туберкулезный цистит — это осложнение распространенных форм туберкулеза почек.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

© М.А. Хакимов, Д.К. Абдурахмонов, С.Р. Набиев, Ш.М. Халилов

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

Более чем в половине случаев туберкулез мочевых путей диагностируют при поздней и запущенной стадии развития туберкулезного процесса (Кульчавеня Е.В. и др., 2012; Зубань О.Н., 2013).

Цель исследования — оценить эффективность эндоскопических исследований в диагностике туберкулеза мочевого пузыря.

Материал и методы исследования. Комплексному клиничко-лабораторному обследованию подвергнуты 440 пациентов с подозрением на туберкулез мочевых путей. Больные были разделены на две группы: в 1-й — 238 впервые выявленных больных туберкулезом мочевых путей, находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦФиП МЗ РУз с 2015 по 2017 г.; во 2-й — 202 пациентов неспецифическими урологическими заболеваниями.

Результаты. При туберкулезе мочевых путей дизурию выявляли в 1,5 раза чаще и гематурию — в 1,8 раза чаще, чем у пациентов с инфекцией мочевых путей (60,5 и 39,6 %; 59,7 и 33,2 % соответственно, $p < 0,01$). Боль в поясничной области и пиурия в обеих группах наблюдались примерно с равной частотой. Среди 238 больных туберкулезом мочевых путей туберкулезную микобактериурию выявили у 65 (27,3 ± 2,8 %), пиурию — у 175 (73,5 ± 2,8 %) и гематурию —

у 142 (59,7 ± 3,1 %) пациентов. Эти признаки, кроме пиурии, встречаются достоверно чаще при туберкулезе мочевых путей. Из 238 наблюдаемых больных расстройства мочеиспускания отмечались у 105 (44,1 %) пациентов, из них нарушение резервуарной функции мочевого пузыря — у 39 (37,1 %) больных. При эндоскопическом исследовании 92 пациентов с подозрением на туберкулез наблюдались снижение объема мочевого пузыря в 91,9 % случаев, контактные геморрагии — в 83,9 %, язвы слизистой — в 62,9 %, деформации устьев — в 38,7 % случаев. При цистоскопии у 63 (68,4 %) пациентов обнаружен туберкулез мочевого пузыря, у 24 (26,1 %) — хронический цистит, у 3 (3,3 %) — неспецифический язвенный цистит, у 2 (2,2 %) — рак мочевого пузыря. Среди 63 больных туберкулезом мочевых путей у 22 (34,9 %) установлен туберкулезный цистит, у 35 (55,6 %) — язвенный туберкулезный цистит, а также у 5 (7,9 %) выявлен туберкулезный микроцистис и у 1 (1,6 %) — сочетание туберкулеза мочевых путей и рака мочевого пузыря. У большинства больных ТМП наблюдались полиморфность патоморфологической картины мочевого пузыря и отсутствие специфических изменений; лишь в 12,9 % случаев были обна-

ружены многоядерные клетки Пирогова – Лангханса.

Заключение. По результатам сравнения информативности клинико-лабораторных и рентгенологических исследований можно заключить, что цистоскопия и биопсия слизистой оболочки явля-

ются наиболее важными в ранней диагностике туберкулеза мочевого пузыря. Патоморфологическая верификация туберкулеза мочевого пузыря возможна лишь в 12,2 % случаев; однако отсутствие гистологических признаков специфического воспаления в биоптате не исключает диагноз.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЛОТНОСТИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

© Ш.Р. Хожаниязов, Я.С. Наджимитдинов

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) является достаточно эффективным вариантом лечения камней небольшого размера, расположенных в мочевом тракте. Однако урологи часто сталкиваются с проблемой, когда после литотрипсии камень не фрагментируется или остаются достаточно крупные фрагменты камней. Вероятность фрагментации камня зависит от его плотности. На сегодняшний день широко применяют мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), с помощью которой имеется возможность определить относительную плотность конкремента, измеряемую в единицах Хаунсфилда (НУ).

Цель исследования — изучить эффективность ЭУВЛ при лечении пациентов детского возраста с камнями мочеточника в зависимости от их минерального состава и плотности.

Материалы и методы. За период с января 2017 по декабрь 2018 г. выполнена ЭУВЛ 34 детям с камнями в мочеточнике (в исследование включены пациенты, которым проведена томография и удалось определить минеральный состав камня). Средний возраст пациентов составил $10,2 \pm 2,6$ года (диапазон от 7 до 16 лет). Средний размер камня — $0,9 \pm 0,8$ см. Всем больным выполнена рутинная внутривенная урография, тогда как плотность камня определяли по данным нативной МСКТ. Минеральный состав камня определяли с помощью рентгенофазового метода.

Результаты. По результатам ретроспективного исследования все больные в зависимости от плотности и состава конкрементов были разделены на три группы. В первую группу ($n = 18$) включены дети, у которых камни были высокой плотности (более 1000 НУ). Оказалось, что преобладающим компонентом фрагментов таких камней

является моногидрат оксалата кальция (вевеллит) с примесью гидроксилатапата. Во вторую группу ($n = 6$) вошли пациенты с камнями средней плотности (от 500 до 1000 Н), преобладающими компонентами которых были фосфат магния (струвит) и вевеллит. В третью группу включены больные ($n = 10$) с камнями низкой плотности (менее 500 НУ), в которых преобладающим компонентом был дигидрат мочевой кислоты (урицит). В первой группе среднее число импульсов ударной волны, необходимое для фрагментации камня, составило $2890,7 \pm 9,4$, во второй группе — $2240,9 \pm 18,5$, тогда как в третьей группе понадобилось только $860,8 \pm 4,2$ удара. Повторный сеанс ЭУВЛ для достижения состояния stone free использовали в 6 случаях, причем только в первой группе пациентов. Во второй и третьей группах дополнительной литотрипсии или манипуляций не потребовалось ни в одном случае. Средние сроки полного избавления детей от фрагментов камней составили соответственно в первой группе — $18,1 \pm 0,5$ дня, во второй — $14,2 \pm 0,7$ и в третьей — $5,2 \pm 0,1$ дня.

Заключение. МСКТ при обследовании детей с камнями, которым планируется использовать дистанционную литотрипсию, позволяет определить плотность конкремента. Обладая полученной информацией (в том числе о минеральном составе камня), уролог может прогнозировать с достаточно большой степенью вероятности эффективность ЭУВЛ: необходимость повторных сеансов, количество необходимых для фрагментации конкремента ударных волн и сроки избавления от фрагментов. Более того, полученные сведения позволяют предоставить родителям пациента информацию о вероятных осложнениях и эффективности планируемой ЭУВЛ, основанную на данных о плотности конкремента.