

тальный туберкулез, средний возраст – 34 года. Основные жалобы пациенток при поступлении – общая слабость (64%), субфебрильная температура (53%), нарушение менструального цикла (96%), бесплодие (42%). Во всех наблюдениях проводили рентгенологическое исследование (гистеросальпингография) в режиме многосрезовой линейной рентгеновской томографии на аппарате SonalVision Safire II; Shimadzu Co., Kyoto, Japan. При томосинтезе за один проход трубки получается два варианта изображений: один статичный снимок – более привычный, который визуально совпадает с классической ГСГ и 35-40 снимков по 2-3 мм через всю толщу малого таза. Отличительными особенностями данного метода являются высокое качество изображений и возможность постпроцессинговой обработки изображений (с толщиной среза до 1 мм) без дополнительной лучевой нагрузки. Томосинтез позволяет прицельно обследовать органы малого таза без суммации тканей (например, петель кишечника), поэтому тщательная подготовка пациентов, как при классической рентгенографии,

не требуется. Для контрастирования применялся урографин.

Результаты. При гистеросальпингографии выявлены следующие рентгенологические признаки генитального туберкулеза: смещение тела матки относительно срединной оси (72%), расширение полости матки (52%), удлинение цервикального канала (48%), частичная облитерация матки (46%), полная облитерация полости матки (2%), ригидность маточных труб (67%), кальцинаты в проекции малого таза (87%).

Заключение. Выполнение гистеросальпингографии с помощью томосинтеза имеет явные преимущества перед стандартной рентгенографией за счет возможности послойной визуализации органов малого таза. Применение такой новой лучевой технологии в выявлении генитального туберкулеза и оценке проведенного лечения повышает эффективность диагностических мероприятий. Выявление данной патологии на ранних стадиях уменьшает риск возникновения осложнений, что крайне важно, учитывая зачастую молодой возраст пациенток с генитальным туберкулезом, для которых актуальным вопросом является сохранение фертильности.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ АСОЦИАЛЬНОГО ТИПА

ЧЕРНИКОВ А. Ю.¹, КОЛОМИЕЦ В. М.², ЗЕМЛЯНСКИХ Л. Г.²

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION AND STIMULATION OF TREATMENT COMPLIANCE OF ASOCIAL TUBERCULOSIS PATIENTS

CHERNIKOV A. YU.¹, KOLOMIETS V. M.², ZEMLYANSKIKH L. G.²

¹ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» Комитета здравоохранения Курской области, г. Курск

²ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», г. Курск

¹Regional Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Health Committee of Kursk Region, Kursk, RF

²Kursk State Medical University, Kursk, RF

Цель: изучить возможности формирования приверженности к лечению и эффективность методик медико-социальной реабилитации в когорте больных туберкулезом асоциального типа.

Материалы и методы. Выделены две группы пациентов с хронически активным туберкулезом. Критериями включения в обе группы являлись: 1) лица, не имеющие определенного места жительства, 2) наличие судимости в анамнезе, 3) наличие хронического туберкулезного процесса, 4) частые перерывы в лечении и отказы от лечения в анамнезе. Критерии исключения: 1) стойкий отказ пациента от лечения, 2) наличие тяжелой сопутствующей патологии в фазе декомпенсации. Все пациенты

были жителями Курской области. Средний возраст 42 ± 5 лет, преобладали мужчины – 73%. Клинико-рентгенологические формы: фиброзно-кавернозный – 82%, диссеминированный – 18%. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) имела место в 100% случаев. Помимо МЛУ, имела устойчивость к стрептомицину – 86%, канамицину – 75%, этамбутолу – 70%, протионамиду – 58%, циклосерину – 35%, парааминосалициловой кислоте – 33%. Распределение в группах было равномерно по вышеприведенным критериям. Лечение назначали по IV режиму. В первой группе (25 человек) проводили медико-социальную и клиническую реабилитацию, во второй (24 человека) – только

химиотерапию в связи с добровольным уклонением пациентов от реабилитационных методик. В первой группе проводили мероприятия социальной реабилитации, применяли методики психотерапии и физиотерапии. Срок наблюдения – 2 года, включая стационарный и амбулаторный этапы. Фиксировали следующие результаты наблюдения: прекращение бактериовыделения, рубцевание полости, снижение уровня тревоги по опроснику Тейлора, снижение качества жизни по опроснику SGRQ, улучшение показателей функции внешнего дыхания (ФВД) и 6-минутного шагового теста, частота нарушений режима, частота отказов от лечения, частота побочных эффектов противотуберкулезных препаратов. Использовали следующий статистический инструментарий: вероятность события P , 85%-ный доверительный интервал для вероятности события 1β , критерий z для сравнения качественных переменных (аналог t -критерия Стьюдента), уровень значимости p (статистически значимым считался $p < 0,05$).

Результаты. Улучшение общего самочувствия достигнуто у 60% больных первой группы и 41,7% – второй ($p < 0,05$); прекращение бактериовыделения – у 80 и 41,7% ($p < 0,05$); рубцевание полости – у 20 и 16,7% ($p > 0,05$); частота побочных эффектов химиотерапии отмечена в 28 и 41,6% случаев ($p > 0,05$); частота нарушений режима лечения – в 40 и 83,3% ($p < 0,05$); частота отказов от лечения – в 4 и 20,8% ($p < 0,05$). Благодаря использованию методик медицинской ре-

билитации удалось добиться: повышения ЖЕЛ – 76% в первой группе и 50% во второй ($p < 0,05$); повышения ОФВ₁ – 80 и 50% ($p < 0,05$); повышение результатов 6-минутного шагового теста – 80 и 50% ($p < 0,05$); повышения качества жизни – 84 и 45,8% ($p < 0,05$); уменьшения уровня тревоги – 72 и 45,8% ($p < 0,05$). С помощью социальной адаптации удалось: восстановить паспорт – 60% в первой группе и 37,5% во второй ($p < 0,05$); получить инвалидность – 60 и 37,5% ($p < 0,05$); найти работу – 24% и 0; восстановить семью – 60 и 16,7% ($p < 0,05$). Таким образом, результаты в первой группе статистически значимо превосходили результаты во второй.

Заключение. Правильно подобранная противотуберкулезная терапия, включая терапию сопровождения, не является надежным гарантом достижения необходимого результата лечения у пациента с хронически активным течением туберкулеза. Не менее важно создать правильную мотивацию лечения, показать пациенту ощутимые результаты улучшения за счет средств медицинской реабилитации. Закрепить достигнутые положительные результаты помогают возможности социальной адаптации у правильно мотивированного пациента: возможность получить жилье, работу, пенсию, создать семью. Соответственно, гарантией повышения успеха у пациентов с хронически активным течением процесса является трехкомпонентная схема: химиотерапия + медицинская реабилитация + социальная адаптация.

КОМПЛЕКСНАЯ УРОДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ЧИБИРОВ К. Х., МУРАВЬЕВ А. Н., СЕМЕНОВ С. А., ГОРБУНОВ А. И., СЕМЧЕНКО А. Ф.

COMPLEX OF URINARY-DYNAMIC EVALUATION OF OUTCOMES OF SURGERY TREATMENT OF URINARY BLADDER TUBERCULOSIS

CHIBIROV K. KH., MURAVIEV A. N., SEMENOV S. A., GORBUNOV A. I., SEMCHENKO A. F.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, RF

Цель: сравнительная оценка функции накопления и опорожнения кишечного мочевого резервуара у больных туберкулезом мочевого пузыря, перенесших резекцию данного органа с аугментационной илеоцистопластикой (АИ) и цистэктомией с последующей ортотопической илеоцистопластикой (ОИ).

Материалы и методы. В исследование было включено 23 пациента. В зависимости от методики

хирургического лечения пациенты разделены на две группы. Первая группа включала 15 пациентов (9 мужчин и 5 женщин, средний возраст $53,9 \pm 4,5$ года), перенесших резекцию мочевого пузыря с сохранением мочевого треугольника и последующую АИ. Вторая группа состояла из 8 пациентов (4 мужчины и 4 женщины, средний возраст $60,0 \pm 3,6$ года), которым выполняли цистэктомию и ОИ по методике Штудера. При отборе пациентов в данные группы