

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ ВО ФТИЗИОУРОЛОГИИ

TARASENKO L. YU., URTE NOV R. KH.

DIAGNOSTIC VALUE OF ULTRASONOGRAPHY IN RENAL TUBERCULOSIS CONTROL

TARASENKO L. YU., URTE NOV R. KH.

ГБУЗ СК «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ставрополь

Regional Clinical TB Dispensary, Stavropol, RF

Туберкулез мочеполовых органов (ТМПО) в Ставропольском крае стабильно занимает первое место среди внелегочных локализаций заболевания. У $41,4 \pm 3,3\%$ больных выявляются осложненные формы процесса, до трети впервые выявленных пациентов нуждаются в оперативных вмешательствах. Во фтизиоурологической практике используется весь диагностический арсенал урологии и фтизиатрии с применением в последнее время новых эндоскопических, молекулярно-генетических и прочих методов. И хотя основными в диагностике ТМПО были и остаются бактериологические, рентгенологические, морфологические исследования, определенную роль играет ультразвуковое исследование (УЗИ). Очевидными достоинствами ультрасонографии являются безопасность, отсутствие противопоказаний, возможность выполнения повторных многократных исследований, результаты которых не зависят от функционального состояния почек.

Цель: изучить роль ультрасонографии в диагностике деструктивных форм ТМПО.

Материалы и методы. Для уточнения диагностических возможностей УЗИ при нефротуберкулезе проведено целенаправленное комплексное обследование 68 больных с впервые выявленным ТМПО за 2013-2014 гг. План обследования включал общеклинические лабораторные, биохимические, рентгенологические, эндоскопические, бактериологические, молекулярно-генетические методы исследования, постановку туберкулиновых проб. Эхосканирование почек выполняли с использованием ультразвукового сканера SONIX OP. Наличие уникальной технологии GPS-сканирования биопсийной иглы в тканях исследуемого органа позволило шире применять пункционную биопсию почек для верификации диагноза.

Результаты. У 11 (16,2%) больных выявлена начальная форма заболевания – туберкулез почечной паренхимы. Как известно, при этом отсутствуют специфические клинические, рентгенологические признаки и диагноз ставится только на основании выявления микобактерий туберкулеза в моче методом посева. УЗИ-картина не имела каких-либо особых признаков. У 50 (73,5%) больных диагно-

стирован туберкулезный папиллит. Выявленные при УЗИ изменения оказались полиморфными и зависели от давности заболевания, наличия поражений мочевых путей, выраженности уростаза. Чаще визуализировали неровность контура почки вследствие чередования кортикальных рубцов и гипертрофированных соседних участков паренхимы, неравномерное повышение ее эхогенности, гиперэхогенные включения как признак очагового обызвествления в паренхиме, расширение или деформация чашечно-лоханочной системы. При длительно текущем рецидивирующем воспалительном процессе имелись типичные ультразвуковые признаки вторично-сморщенной почки: уменьшение размеров почки, волнистость ее контура, нарушение кортико-медуллярной дифференциации, резкое истончение паренхимы, нечеткость дифференцировки ее от почечного синуса.

Кавернозный туберкулез почки выявлен у 7 (10,3%) больных. В 71,4% случаев была поражена одна почка, в остальных случаях имело место двустороннее поражение. В 57,1% случаев каверны локализовались в верхнем полюсе, в остальных случаях имело место полисегментарное поражение почки. В 85,7% случаев при сонографии в паренхиме почки визуализировались гипо- и анэхогенные округлые образования, отграниченные от неизменной паренхимы эхогенной капсулой с непрозрачным внутренним содержимым, из них у 71,4% в стенке каверн определялись гиперэхогенные включения (кальцинаты). В зависимости от размеров и локализации очаги вдавались в чашечно-лоханочную систему или выступали за контур почки. В 14,3% случаев каверна имела ультразвуковые признаки простой кисты: четко очерченное округлое эхонегативное образование с ровными контурами. Туберкулез мочевыводящих путей развивается вторично по отношению к специфическому поражению почечной ткани. Ультрасонографические симптомы гидронефротической трансформации выявлены у 14% больных с туберкулезным папиллитом и у 28,6% пациентов с кавернозным процессом. При этом у 55,5% больных наблюдалось тотальное расширение полостной системы, включая мочеточник, лоханку и чашечки,

в 22,2% выявлялась каликозектазия при рубцовом сморщивании лоханки. В 22,3% случаях при УЗИ обнаруживали сегментарный гидронефроз из-за сдавления инфильтратом шейки одной из чашечек. Туберкулезный цистит является нередким и грозным осложнением нефротуберкулеза, приводящим в ряде случаев к формированию микроцистиса. У 2 (2,9%) пациентов при УЗИ наблюдались снижение емкости мочевого пузыря до 100 мл и менее, утолщение его стенки, эховзвесь в полости.

Заключение. УЗИ, как начальный этап диагностического процесса, необходимо проводить всем пациентам с подозрением на урогенитальный туберкулез. При первичном УЗИ, как правило, выявить специфическую природу заболевания не всегда возможно, но рациональное сочетание его с традиционными для фтизиоурологии методами исследований позволяет уверенно проводить дифференциальную диагностику туберкулезного процесса и другой патологии ТМПО.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОАДАПТОГЕНОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

ТАШПУЛОВА Ф. К.

EFFICIENCY OF PHYTOADAPTOGENS IN THE COMPLEX TREATMENT OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

TASHPULATOVA F. K.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Цель: изучение эффективности лечебного сбора из растительных трав адаптогенного действия в комплексной терапии деструктивного туберкулеза легких (ДТЛ).

Материалы и методы. Обследовано 157 больных ДТЛ. В качестве контроля обследован 151 больной. Определяли типы адаптационных реакций по Л. Х. Гаркави (1991): реакцию стресса (РС), реакцию тренировки (РТ), спокойной активации (РСА) повышенной активации (РПА). На фоне комплексной терапии больным основной группы был назначен настой фитосбора (корень солодки, цветы ромашки, душица, подорожник, зверобой, кукурузные рыльца).

Результаты. У всех больных ДТЛ до лечения чаще встречалась РС – $47,7 \pm 4,0$ и $54,3 \pm 4,0\%$. РТ составила $40,1 \pm 4,0$ и $34,4 \pm 3,8\%$ соответственно. РСА выявлена у $8,9 \pm 2,3\%$ основной и у $7,3 \pm 2,1\%$ больных контрольной группы. В процессе лечения отмечено уменьшение РС до $14,0 \pm 2,8\%$ у боль-

ных, основной группы (в контрольной группе РС – $37,7 \pm 3,9\%$; $p < 0,05$). РТ в обеих группах составила: $42,7 \pm 4,1$ и $31,1 \pm 3,7\%$ соответственно. У больных, получавших фитосбор, увеличилась РСА до $36,9 \pm 3,8\%$ (в контрольной группе – $28,4 \pm 3,6\%$). В основной группе РПА в динамике увеличилась до $6,4 \pm 1,4\%$ (контрольная группа – $2,6 \pm 1,3$).

Прекращение выделения микобактерий туберкулеза отмечено в основной группе у $97,8 \pm 2,7\%$ пациентов (контрольной – $77,6 \pm 3,7\%$) и закрытие каверн – у $36,6\%$ (контроль – $18,7\%$, $p < 0,05$). В основной группе побочные реакции возникли у $23,0 \pm 2,0\%$ больных (в контрольной – $43,4 \pm 2,0\%$).

Заключение. Доказана эффективность многокомпонентного фитосбора адаптогенного действия, применение которого в комплексной терапии способствует улучшению количества полноценных адаптационных реакций. Положительные сдвиги в частоте и характере АР коррелируют с улучшением клинико-лабораторных параметров.