

ваний мочевого пузыря. Наиболее информативна мультифокальная биопсия, когда исследуют материал, взятый не только из язвы и прилежащих тканей, но и со всех стенок мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Роль биопсии мочевого пузыря является определяющей в дифференциальной диагностике поражений органа со схожей симптоматикой – *carcinomainsitu*, лейкоплакия, малакоплакия, различные формы циститов, туберкулез мочевого пузыря – и требует исследования материала, взятого из нескольких фокусов. В этой связи диагностика поражений мочевого пузыря требует дальнейшего совершенствования.

Цель: изучить патоморфологические признаки различных поражений мочевого пузыря.

Материалы и методы. В урогенитальном отделении клиники РСНПМЦФиП МЗ РУз комплексному клинко-лабораторному обследованию подвергнуты 194 пациента с патологией мочевыделительной системы. Среди этой категории пациентов поражение мочевого пузыря установлено у 93 (47,9%) больных.

Результаты. При подозрении изменений слизистой оболочки мочевого пузыря важное диагностическое значение приобретает цистоскопия. Интерпретация найденных при цистоскопии изменений не всегда проста, поскольку макроскопическая картина некоторых патологических процессов в мочевом пузыре весьма схожа. Так, например, трудно отличить простую язву мочевого пузыря от туберку-

лезной, туберкулезные грануляции от опухолевых разрастаний. В таких случаях существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывает эндовезикальная биопсия. Применение мультифокальной биопсии у 93 пациентов способствовало выявлению у 67 (72,0%) пациентов туберкулеза мочевого пузыря, у 17 (18,3%) – рака мочевого пузыря, у 9 (9,7%) – полипа мочевого пузыря. Среди больных установлены следующие варианты развития туберкулеза мочевого пузыря: туберкулезный цистит (продуктивное воспаление, просовидные высыпания, окруженные зоной гиперемии) выявили у 17 (25,4%), туберкулезный язвенный цистит (образование язв с неровными, подрывными краями, окруженных зоной гиперемии с нечеткими контурами) – у 36 (53,7%), туберкулезный микроцистит (сморщивание мочевого пузыря) – у 14 (20,9%) больных.

Заключение. Диагностика поражений мочевого пузыря – трудоемкий и длительный процесс, требующий тщательной работы с пациентом в специализированном учреждении. Проведение дифференциальной диагностики поражений мочевого пузыря предполагает: клинко-лабораторные обследования, инструментальное обследование (цистоскопия с биопсией мочевого пузыря). При поражении мочевого пузыря цистоскопия с биопсией может быть с успехом использована в комплексном обследовании пациентов с подозрением на специфический процесс.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ЦИСТИТОМ

ТИЛЛЯШАЙХОВ М. Н., РАШИДОВ З. Р., ХАКИМОВ М. А., НАБИЕВ С. Р.

CLINICAL COURSE OF RENAL TUBERCULOSIS WITH CONCURRENT TUBERCULOUS UROCYSTITIS

TILLYASHAIKHOV M. N., RASHIDOV Z. R., KHAKIMOV M. A., NABIEV S. R.

РСНПМЦ ФиП МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Scientific and Practical Medical Center of Phthisiatry and Pulmonology, Tashkent, Uzbekistan Republic

Поражение мочевого пузыря при туберкулезе почек наблюдается в 45,6% случаев. Раннее выявление туберкулезного цистита при туберкулезе мочевой системы особенно актуально из-за профилактики микроцистита.

Цель: изучить клиническое течение различных форм туберкулеза почек, осложненного развитием туберкулезного цистита.

Материалы и методы. Комплексному обследованию подвергнуты 344 больных туберкулезом почек, осложненным туберкулезным циститом. Из них

выделено 104 больных туберкулезом почек в сочетании с циститом. Использованы лучевые методы обследования (эхография почек и мочевого пузыря, экскреторная урография, компьютерная томография), проведены клинко-лабораторные обследования с использованием как общеклинических, так и специальных методов исследований.

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%) – поли-

кавернозная 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.

ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ТИЛЛЯШАЙХОВ М. Н., ХАКИМОВ М. А., ХАЛИЛОВ Ш. М.

THE VALUE OF X-RAY EXAMINATION TECHNIQUES IN FEMALE GENITAL TUBERCULOSIS DIAGNOSTICS

TILLYASHAIKHOV M. N., KHAKIMOV M. A., KHALIDOV SH. M.

РСНПМЦ ФнП МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Scientific and Practical Medical Center of Phthisiatry and Pulmonology, Tashkent, Uzbekistan Republic

Цель: изучить информативность рентгенологических и эхографических методов исследования в диагностике туберкулеза женских половых органов.

Материалы и методы. Проанализированы данные стандартного лучевого обследования, включающего гистеросальпингографию и эхографию матки и придатков 125 больных туберкулезом женских половых органов. Результаты исследования верифицированы на основании клинко-лабораторных и патоморфологических данных. Эхографию почек проводили на аппарате EDAN (Китай), работающем в реальном времени с использованием секторально-го датчика частотой 3,5-5,0 МГц.

Результаты. Среди 125 больных туберкулезом женских половых органов 80 (64,0%) страдали первичным или вторичным бесплодием, 30 (24,0%) – различными нарушениями менструальной функции и 15 (12,0%) – хроническими воспалительными заболеваниями гениталий. При туберкулезе женских половых органов рентгенологически выявили матку с извилистыми неровными контурами (9,6%), сактосальпинксы (11,2%), ригидные маточные трубы (36%), окончания труб в форме клюшки для гольфа (20%), кальцинированные тазовые железы (4,8%). При трансвагинальной эхографии туберкулез жен-

ских половых органов характеризовался очаговыми и органными признаками различной выраженности. Скопление жидкости в дугласовом пространстве выявили в 89,6% случаев, утолщение маточных труб в ампулярном отделе до 7 мм и скопление жидкости в ее просвете – в 46,4%, увеличение яичников – в 70,4%, кальцинаты в проекции миометрия, маточных труб и яичников – в 28,8% случаев. При сравнительном анализе четкие эхографические признаки туберкулеза женских половых органов были установлены у 58,8% больных, рентгенологические – у 16,3%.

Заключение. Для постановки диагноза туберкулеза женских половых органов с самого начала следует использовать все известные методы. Применение трансвагинальной эхографии в комплексе с другими методами оценки эффективности у обследованных женщин дает более достоверную информацию в более короткие сроки. Характерные рентгенологические и эхографические признаки туберкулеза женских половых органов при наличии у больной туберкулеза в анамнезе, а также некоторых клинических нарушений (первичное бесплодие, преждевременная аменорея и т. д.) имеют большую диагностическую ценность.