

Рис. 1. Частота розширеної резистентності МБТ до АМБП у хворих на резистентний ВДТБ (новий випадок) за 2010—2014 рр., %

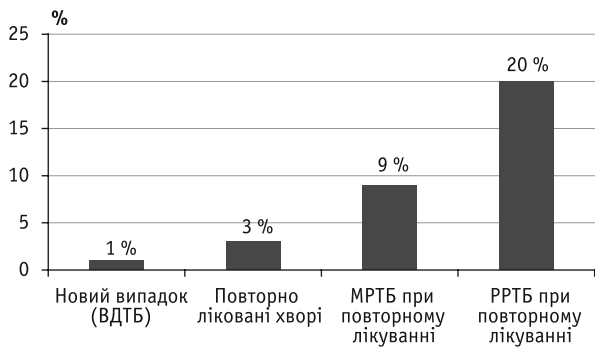


Рис. 3. Потреба в паліативному лікуванні хворих на ТБ залежно від випадку захворювання та характеру резистентності МБТ до АМБП

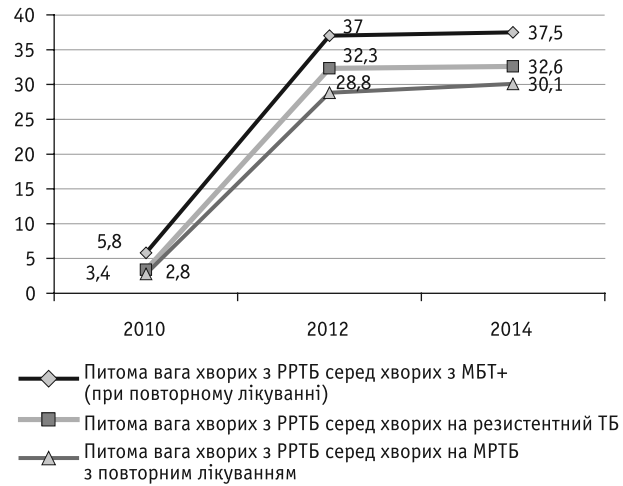


Рис. 2. Питома вага хворих на туберкульоз з розширеною резистентністю в разі повторного лікування, %

з новими випадками захворювання та в 11,1 разу (30,1 %) серед хворих з повторним лікуванням.

3. В Україні назріла потреба в організації та методичному забезпеченні паліативного лікування хворих на туберкульоз. За попередніми даними, такого лікування потребують 1 % хворих з уперше діагностованим туберкульозом та 3 % у разі повторного лікування.

У разі мультирезистентного туберкульозу з повторною хіміотерапією паліативне лікування потрібне кожному 10-му хворому (9 %), а при туберкульозі з розширеною резистентністю — кожному 5-му (20 %).

УДК 616-002.5-08

## Диагностика «гинекологического» туберкулеза с использованием лучевых методов

Р.И. Мираки<sup>1</sup>, А.В. Асеев<sup>2</sup>, Ю.Ф. Платонов<sup>2</sup>, Д.С. Рясенский<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГКУЗ ТО «Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер», Тверь, Россия

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь, Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

**Актуальность.** Диагностика туберкулеза женских половых органов нередко представляет значительные трудности в связи с тем, что на ранних стадиях его развития клинически он протекает по типу других гинекологических заболеваний.

**Цель работы** — улучшение результатов диагностики «гинекологического» туберкулеза.

**Материалы и методы.** Мы наблюдали 8 женщин в возрасте 24—37 лет, госпитализированных в противотуберкулезный диспансер для обследования и лечения в связи с «гинекологическим» туберкулезом. Основной жалобой при поступлении было первичное бесплодие. Для верификации процесса выполняют гистеросальпингографию (ГСГ) диагностическое выскабливание полости матки и канала шейки матки в секреторную фазу менструального цикла с последующим гистологическим исследованием, бактериологические методы диагностики. Гистологическое исследование соскоба позволяет поставить диагноз туберкулезного эндометрита не более чем в 17 % случаев. Поэтому при подозрении на туберкулезный эндометрит

рекомендуют применять одновременно гистологический, бактериологический и биологический методы. Для бактериологического исследования могут быть использованы выделения из канала шейки матки и менструальная кровь. Желательно собрать эти выделения не на ватный тампон, а в какую-либо емкость или колпачок Кафки, накопив 1—2 мл патологического материала.

В комплексной диагностике туберкулеза женских половых органов важное положение занимает рентгенологическое исследование. Оно включает проведение обзорной рентгенографии легких и брюшной полости (выявление свежих очагов поражения и петрификатов, указывающих на перенесенный ранее туберкулез). Ведущую роль при этом отводят гистеросальпингографии (ГСГ) статической и динамической (рентгено-телевизионной). Наиболее информативна телевизионная гистеросальпингоскопия. В качестве контрастного вещества используют 60 % раствор верографина, который практически не вызывает осложнений при проходимых маточных трубах.

В задачі рентгенологічних методів входять:

- определение размеров и положения полости матки;
- выявление специфических изменений в полости матки и маточных трубах (утолщение эндометрия, слизистой оболочки труб, набухание складок труб, ригидность труб; при распаде бугорков — выявление ниш, зазубренности контуров полости матки, свищей);
- оценка деформаций, подвижности и проходимости маточных труб;
- обнаружение обызвествлений в трубах, яичниках, тазовых лимфатических узлах.

Для туберкулезного сальпингита характерно быстрое (2–3 мин) заполнение контрастом проходимых отделов маточных труб при полном отсутствии перистальтики и движений трубы. Выявляют тонкие ригидные маточные трубы, запаянные ампулярные отделы, деформацию маточной трубы в виде четок, курительной трубки. В отдельных случаях отмечаются законтурные тени. Лапароскопия расширяет диагностические возможности в гинекологии. Лапароскопическая картина туберкулезного процесса в области половых органов характеризуется: 1) распространенным спаечным процессом; 2) кальцинатами на поверхности маточных труб, на брюшине, в лимфатических узлах; 3) наличием туберкулом (которые не всегда удается выявить при ГСГ); 4) укорочением, утолщением, сегментированностью маточных труб, отсутствием перистальтики; 5) просовидными высыпаниями на брюшине. Обычно лапароскопические операции по бесплодию предполагают диагностическую и лечебную составляющие. При этом важно не забывать, что любые патологические интраоперационные находки должны быть подвергнуты морфологической и бактериологической оценке. Количество биопсийных проб при

однотипных изменениях может достигать 8–10 кусочков. Неотъемлемым компонентом определения активности туберкулезного процесса являются провокационные туберкулиновые пробы, наиболее часто используют пробу Коха. По литературным данным, морфологическая картина туберкулезного поражения маточных труб встречается примерно в 40 % препаратов.

Очаговую реакцию оценивают по изменению структуры исследуемого органа и изменению бацилловыделения. Оценивают изменение ультразвуковой характеристики матки и яичников (сравнение видеополос УЗИ органов малого таза до введения туберкулина и через 3 сут после него).

**Результаты.** У всех женщин был установлен диагноз туберкулеза маточных труб, трубный фактор бесплодия. Ведущим направлением верификации диагноза были лучевые методы диагностики. Бактериологические и морфологические методы оказались малоинформативными. Несмотря на консервативное и оперативное лечение, восстановить репродуктивную функцию не удалось. Возможно, широкое распространение и недостаточная диагностика «гинекологического» туберкулеза и посттуберкулезных изменений являются причиной низкой эффективности экстракорпорального оплодотворения.

#### Выводы

1. Ведущим клиническим симптомом «гинекологического» туберкулеза является бесплодие.
2. Лучевые методы диагностики играют важную роль в верификации диагноза и выборе тактики лечения.
3. В нашем наблюдении не удалось решить проблему бесплодия у больных «гинекологическим» туберкулезом.

УДК 616.24-002.5.036:576.858:612.017.1

## Клінічна характеристика хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ за даними регіональних центрів СНІДу України під час проведення 115 клінічних наставницьких візитів за 10 останніх років

**О.В. Панасюк<sup>1,2</sup>, С.М. Антоняк<sup>2</sup>, Л.І. Гетьман<sup>2</sup>, О.Б. Голуб<sup>2</sup>, І.Т. Доан<sup>2</sup>, А.С. Євдокимов<sup>2</sup>, Л.А. Коломійчук<sup>2</sup>, Я.В. Лопатіна<sup>2</sup>, Л.С. Ничипоренко<sup>2</sup>, Г.В. Радиш<sup>3</sup>, Т.В. Супруненко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини», Київ, Україна (E-mail: info@kmu.edu.ua)

<sup>2</sup> ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», Київ, Україна (E-mail: epidemics@ukr.net)

<sup>3</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна (E-mail: nmu@unmu.kiev.ua)

За офіційними даними за 2005 р., в Україні рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію становив 29,8 на 100 тис. населення, а показник захворюваності на СНІД — 9,0 при смертності 4,6 на 100 тис. населення. При цьому 90–95 % випадків позалегенового туберкульозу (ТБ) у хворих на ВІЛ-інфекцію виявляють лише на розтині. Це свідчить про значне недовиявлення ТБ за поєднаної патології. В Україні серед 4217 СНІД-індикаторних захворювань ТБ посідає перше місце, що становить 2458 (58,28 %) випадків (з них 89,5 % — легеневої і 10,5 % — позалегенової локалізації). Це також свідчить про низьку питому вагу виявленого позалегенового ТБ порівняно з його легеневиими формами. У 2013 р. ТБ продовжує посідати перше місце серед 9362 випадків СНІД-індикаторних захворювань, становлячи 4850 (51,9 %) випадків (з них 71,1 % — легеневої і 28,9 % поза-

легеневої локалізації), тобто порівняно з 2005 р. значно поліпшилася діагностика туберкульозу позалегенових локалізацій. Тому посилення співпраці протитуберкульозної та служби СНІДу було і залишається пріоритетним завданням протидії соціально небезпечним хворобам.

**Мета роботи** — надання високоспеціалізованої медичної допомоги людям із ВІЛ-інфекцією шляхом консультування їх у всіх регіональних центрах профілактики і боротьби зі СНІДом в Україні з клінічними базами під час наставницьких візитів протягом 2–3 діб співробітників ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України» в складі мультидисциплінарних груп. До них входили лікар-фтизіатр вищої категорії (О.В. Панасюк), професор, доктор медичних наук і лікар-інфекціоніст високої кваліфікації (Л.І. Гетьман, О.Б. Голуб, А.С. Євдокимов,