

## Частота встречаемости лекарственно-устойчивых микобактерий туберкулеза у больных туберкулезом костей и суставов

З.П. Махмудова, П.Х. Назиров

ТМА, кафедра фтизиатрии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимова, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить частоту встречаемости микобактерий туберкулеза (МБТ), их чувствительность к антибактериальным препаратам.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 92 впервые выявленных больных туберкулезом костей и суставов, в том числе 59 мужчин и 33 женщины в возрасте от 18 до 65 лет. Туберкулезный процесс в шейном отделе позвоночника локализовался у 2 (2,2±1,5%), грудном — у 20 (21,7±4,4%), груднопоясничном — у 12 (13,0±3,5%), поясничном — у 21 (22,8±4,4%), пояснично-крестцовом — у 15 (16,3±3,9%) обследованных, в тазобедренном — у 8 (8,7±2,9%), коленном — у 4 (4,4±2,1%), голеностопном суставе — у 4 (4,4±2,1%) и прочих костях — у 6 (6,5±2,6%) больных. У 42 (45,7±5,2%) больных туберкулез костей и суставов сочетался с туберкулезом органов дыхания. При поступлении и в динамике лечения больным проводили комплексное клинично-лабораторное, биохимическое и рентгенологическое исследования. Бактериологическое исследование включало посеvy биопсийного и послеоперационного материала (мокроты, гноя, пунктата из абсцесса и синовиальной жидкости) на среде Левенштейна-Йенсена. Изучали лекарственную чувствительность к препаратам — изониазиду, рифампицину, этамбутолу, стрептомицину и пипразинамиду.

**Результаты.** В результате микробиологических исследований у 36 (39,1±5,1%) больных в патологическом материале были выделены МБТ, из них мужчин было 23 (63,9±8,0%), женщин — 13 (36,1±8,0%),  $p < 0,05$ . У 15 (41,7±8,2%) обследованных МБТ выделены мето-

дом посева, у 21 (58,3±8,2%) бациллярность подтверждена двумя методами (бактериоскопия + посев). По локализациям у 29 (41,4±5,9%) из 70 больных туберкулезом позвоночника были выделены МБТ, у 3 (37,5±17,1%) из 8 больных кокситом, у одного (25,0±21,7%) — гонитом, у 2 (50,0±25,0%) больных туберкулезом голеностопного сустава, у одного (16,7±15,2%) — прочих костей. Лекарственно-устойчивые (ЛУ) формы МБТ выявлены у 20 (55,6±8,3%) больных туберкулезом позвоночника, у одного (2,8±2,7%) — кокситом, у 2 (5,6±3,8%) — туберкулезом голеностопного сустава. Лекарственно-чувствительные (ЛЧ) формы МБТ определены у 9 (25,0±7,2%) больных туберкулезом позвоночника, у 2 (5,6±3,8%) — кокситом, у одного (2,8±2,7%) — гонитом и у одного (2,8±2,7%) — туберкулезом прочих костей. У 22 (61,1±8,2%) пациентов МБТ были выделены из содержимого абсцессов, у 4 (11,1±5,2%) — из функционирующих свищей, у 10 (27,8±7,5%) больных полиорганным туберкулезом — в мокроте. Первичная ЛУ к антибактериальным препаратам I ряда установлена у 28 (63,9±8,0%) больных, ЛЧ-штаммы — у 13 (36,1±8,0%) больных ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, в патологическом материале у больных туберкулезом костей и суставов сравнительно реже выявляются МБТ. Однако при анализе частоты встречаемости первичной ЛУ к антибактериальным препаратам I ряда установлен высокий процент устойчивых штаммов МБТ, что требует своевременной коррекции консервативной терапии больных туберкулезом костей и суставов.

## Послеоперационное лечение спинномозговых расстройств у больных туберкулезом позвоночника

З.П. Махмудова

ТМА, кафедра фтизиатрии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимова, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Совершенствование комплексного послеоперационного лечения спинномозговых расстройств

у больных туберкулезным спондилитом являлось целью настоящей работы.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 50 больных туберкулезным спондилитом, осложненным грубыми спинномозговыми расстройствами, в возрасте от 18 до 65 лет с поражением от 1 до 4 позвонков. В зависимости от уровня поражения обследованные больные были разделены на следующие группы: поражение шейного отдела позвоночника имело место у 2 (4,0%) больных, поражение грудного отдела позвоночника — у 21 (42,0%), поражение грудопоясничного отдела позвоночника — у 12 (24,0%), поражение поясничного отдела позвоночника — у 15 (30,0%) больных. Количество пораженных позвонков: один с сужением межпозвоночной щели — у одного (2,0%) больного, поражение двух позвонков — у 10 (20,0%), поражение трех позвонков — у 27 (54,0%), поражение четырех и более — у 12 (24,0%) больных.

Неврологическая симптоматика в виде тотального резко выраженного болевого синдрома наблюдалась у 50 (100%) больных, боль в области пораженных туберкулезом позвоночника — у 50 (100%), опоясывающие боли по межреберьям — у 27 (54,0%), корешковые боли с иррадиацией в нижние конечности — у 17 (34,0%), боли в эпигастрии и правом подреберье — у 33 (66,0%) больных. Нестабильность позвоночника обнаружена у 36 (72,0%) больных. Легкий спастический парапарез обнаружен у 7 (14,0%) больных, средний спастический парапарез — у 10 (20,0%), глубокий — у 19 (38,0%), спастическая параплегия — у 11 (22,0%), вялая параплегия — у 3 (6,0%) и смешанный тип спинномозговых расстройств обнаружен у 8 (10,0%) больных.

В клинике больным назначены антибактериальные препараты на фоне патогенетических средств в течение 1–1,5 мес., после проведены оперативные вмешательства радикально декомпрессионного восстановительного характера. Восстановительное лечение начиналось с первого дня после декомпрессиивно-пластической операции с целью уменьшения послеоперационного отека, повышения уровня оксигенации и уменьшения ишемических нарушений структур спинного мозга. Назначали пирацетам, эуфиллин, курантил, реополиглюкин, лазикс и преднизолон. В дальнейшем присоединяли вазоактивные и ноотропные препараты (ницерголин, церебролизин, актовегин, глицин и др.). Для предупреждения грубого фиброобразования вокруг оболочек спинного мозга назначали биогенные стимуляторы, ферменты, антиоксиданты. Мышечный гипертонус снижали назначением миорелаксантов центрального действия (мидокалм, баклофен, сирдалуд), сернокислой магнезии, новокаина, финлепсина. Для снятия отраженных и иррадиирующих болей применяли рецепторные внутрикожные блокады, подкожное введение закиси азота, корешковые блокады и блокады симпатических ганглиев. С целью улучшения проходимости ликворных пространств применяли субарахноидальное введение кислорода. Для уменьшения венозного застоя, ликвидации стаза в сосудах эпидурального пространства и спинного мозга проводили веноспондилоинфузию гепарина.

**Выводы.** Проведенное лечение позволило добиться полной ликвидации и улучшения неврологических расстройств в 97,5% случаев.

## Лекарственная устойчивость при распространенном туберкулезном спондилите у пациентов с ВИЧ-инфекцией и с ВИЧ-негативным статусом

С.С. Назаров, Е.В. Решетнева, А.И. Иноземцева, А.А. Вишневский, В.В. Олейник

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

**Введение.** Одним из обсуждаемых вопросов в литературе является возможность влияния устойчивых штаммов МБТ на формирование распространенных и осложненных форм туберкулезного спондилита (Назаров С.С. и др., 2012; Вишневский А.А. и др., 2014). В работе Б.И. Вишневого (2011) отмечено увеличение до 56–72% лекарственной устойчивости (ЛУ) штаммов МБТ при различных внелегочных формах туберкулеза. В то же время в последние годы отме-

чено нарастание до 88% резистентных штаммов при туберкулезном спондилите (ТС) у пациентов с ВИЧ-инфекцией (Решетнева Е.В. и др., 2012; 2014).

**Цель.** Изучение лекарственной устойчивости у ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных пациентов с распространенным туберкулезным спондилитом.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ клинических и лабораторных данных 115 пациентов с распространенными формами ТС, проходив-