

ших лечение в СПб НИИФ с 2008 по 2012 г. (исследование «группа наблюдений — контроль» со сплошной выборкой). Пациенты разделены на 2 группы. В I группу вошли ВИЧ-положительные пациенты (24/20,9%), во II группу — ВИЧ-негативные (91/79,1%). Распространенные поражения позвоночника (поражения двух позвоночно-двигательных сегментов и более) при ТС у ВИЧ-инфицированных пациентов встречались в 1,5 раза чаще, чем у ВИЧ-негативных (66 и 44% соответственно, $p < 0,05$).

Этиологическую диагностику ТС проводили методом посева операционного материала на питательные среды: плотные — Левенштейна–Йенсена и Финна II и жидкую — Middlebrook 7H9. Лекарственную чувствительность МБТ к ПТП 1-го и 2-го ряда определяли с помощью системы VASTEC MGIT 960. Оценку полученных результатов проводили с использованием дисперсионного многофакторного анализа Statplus 2009 и Excel 7.0.

Результаты. Бактериологическое изучение операционного материала у больных ТС показало, что монорезистентность штаммов МБТ встречалась в 4 наблюдениях (6,3%) во II группе. В этой группе почти в 2 раза (19 случаев, 20,6%) по сравнению с I группой преобладала полирезистентность штаммов МБТ ($\chi^2=3,92$, $p=0,12$). В то время как множественная ЛУ (МЛУ) доминировала в группе пациентов с ВИЧ-инфекцией (61,9%) по сравнению с группой ВИЧ-негативных пациентов (39,7%) ($\chi^2=2,74$, $p=0,03$). Широкая ЛУ (ШЛУ) встречалась приблизительно одинаково в обеих группах (29,6 и 33,3%) ($\chi^2=0,59$, $p=0,2$).

Выводы. Лекарственная чувствительность и монорезистентность МБТ у больных с распространенными формами ТС встречалась крайне редко. У ВИЧ-положительных и негативных больных ШЛУ МБТ встречалась приблизительно одинаково — в одной трети случаев. У ВИЧ-положительных больных в послеоперационном материале преобладают МЛУ-штаммы МБТ (61,9%).

Нарушение моторики желудочно-кишечного тракта у больных туберкулезом позвоночника

П.Х. Назиров, Н.Н. Туйчиев, З.П. Махмудова

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

Цель. Изучить частоту и характер желудочно-кишечных нарушений у больных туберкулезом позвоночника.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 103 больных впервые выявленными осложненными формами туберкулеза позвоночника в возрасте от 17 до 60 лет, из них 59 мужчин и 44 женщины. Больные прошли комплексное обследование: клиническое, биохимическое, ультразвуковое, рентгенологическое, КТ, МРТ позвоночника. Проводилось исследование моторно-эвакуаторной функции желудка по модифицированной методике F. Tumpner с NaCl комнатной температуры на аппарате «Интерскан-250» (Германия) с линейным датчиком 3,5–5 МГц.

Результаты. Туберкулезный процесс локализовался в основном в грудном, грудопоясничном и поясничном отделах позвоночника. Тяжесть специфического процесса определяло число пораженных позвонков, то есть поражение трех позвонков и более установлено у 48 (46,6±2,4%) больных, а также различ-

ные осложнения, в том числе пара- и превертебральные абсцессы — у 75 (72,8%), нестабильность позвоночного столба — у 78 (75,7%) больных.

При оценке функции верхних отделов пищеварительного тракта у 52 (50,5%) больных основной группы диагностированы различные нарушения функции желудочно-кишечного тракта, в том числе гастропарез (ослабление моторно-эвакуаторной функции желудка) — у 31 (59,6%), нарушение цикличности активности желудка в межпищеварительном периоде — желудочные дисритмии — у 19 (36,5%). Клинически у всех больных эквивалентом боли служило чувство дискомфорта в эпигастрии. Больные часто затруднялись точно локализовать боль, отмечая, что боли возникали в верхних отделах живота, больше — в эпигастрии, иногда — в околопупочной области. У 18 (34,6%) пациентов отмечены постоянные тупые ноющие боли, интенсивность которых варьировала от умеренной у 8 (44,5%) до слабовыраженной — у 6 (33,3%), у 4 (22,2%) пациентов боли носили острый или режущий характер. В то же время у 12 (23,0%) больных отмечали четкую связь болей с приемами

пищи, причем у 4 (33,3%) из них были ранние боли, у 3 (25,0%) — поздние, у 5 (41,7%) — их сочетание. У 9 (17,3%) пациентов были голодные боли, у 3 (33,3%) — ночные боли. Не связывали возникновение болей с приемом пищи 6 (11,5%) больных. У 11 (21,2%) больных имел место диспепсический синдром: плохой аппетит, тошнота, изжога, отрыжка, метеоризм и боль в эпигастрии.

Выводы. Таким образом, нарушение функции желудочно-кишечного тракта у больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника усугубляет течение специфического процесса в позвоночнике и затрудняет его лечение, что требует своевременной диагностики и адекватной терапии нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

Причины развития лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам у больных туберкулезом костей и суставов

П.Х. Назиров, З.П. Махмудова

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

Цель. Изучить причины развития лекарственной устойчивости (ЛУ) к противотуберкулезным препаратам у больных туберкулезом костей и суставов.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 92 впервые выявленных больных туберкулезом костей и суставов, в том числе 59 мужчин и 33 женщин в возрасте от 18 до 65 лет. Туберкулезный процесс в позвоночнике локализовался у 70 (76,1±3,2%) больных, в тазобедренном суставе — у 8 (8,7±2,9%), коленном — у 4 (4,4±2,1%), в голеностопном суставе — у 4 (4,4±2,1%), в прочих костях — у 6 (6,5±2,6%) пациентов. Больным проводили комплексное клинико-лабораторное, биохимическое, рентгенологическое, бактериологическое исследование. Изучали лекарственную чувствительность к препаратам: изониазиду, рифампицину, этамбутолу, стрептомицину и пиперазину.

Результаты. У 56 (39,1±2,6%) больных туберкулезом костей и суставов в патологическом материале были выделены микобактерии туберкулеза. ЛУ-формы микобактерий туберкулеза (МБТ) были выявлены у 23 (63,9±3,4%) больных. Среди лиц с ЛУ-штаммами МБТ множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) установлена у 19 (82,6±7,9%), у 3 (13,0±7,0%) больных обнаружены полирезистентные штаммы

МБТ к изониазиду, этамбутолу и стрептомицину, у одного (4,4±4,5%) — монорезистентные штаммы МБТ к стрептомицину.

Анализ факторов риска развития ЛУ показал, что неадекватное краткосрочное противотуберкулезное лечение в течение более 1 мес. получали 4 (17,4±7,9%) больных. Курение (более 10 лет) и употребление алкоголя в качестве факторов риска установлены у 13 (56,5±4,3%) больных. Семейный контакт с больным туберкулезом легких, который также повышал риск развития устойчивости МБТ, имел место у 8 (34,8±9,9%) обследованных, у 5 (21,7±8,6%) больных, освобожденных из мест заключения. Дополнительными факторами риска развития устойчивости МБТ были наличие неспецифических сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной, мочеполовой системы — у 17 (73,9±9,2%) больных.

Выводы. Таким образом, несмотря на олигобациллярность патологического материала при туберкулезе костей и суставов в довольно высоком проценте (63,9%) установлены ЛУ-штаммы МБТ. Причинами развития ЛУ МБТ являются нарушение комбинированности и продолжительности сроков антибактериальной терапии, сопутствующие заболевания и вредные привычки, которые препятствуют проведению адекватной терапии.