

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 олигобаццилярность 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.