

За период лечения в дневном стационаре 111 (97,37%) больных получали лечение по следующим режимам химиотерапии (РХТ): по РХТ1 – 48 (43,24%), по РХТ2 – 4 (3,60%), по РХТ3 – 12 (10,81%), по РХТ4 – 47 (42,35%) больных.

Результаты исследования. За 2014 г. больными проведено в дневном стационаре 16 878 койко-дней, среднее пребывание больного на койке составило 21,4; оборот койки – 2,8; фактическая работа койки – 337,6.

Эффективность лечения больных в дневном стационаре за 2014 г. составила 82,4%, при этом абацил-лирование составило 63,42%, закрытие полостей распада – 41,38%. Переведен в III группу диспансерного учета 31 (27,19%) больной. На лечение под наблюдение участкового фтизиатра выписано 65 (57,01%) больных, направлено на оперативное ле-

чение 5 (4,39%), на санаторно-курортное лечение – 1 (0,88%), в корпус № 1 повторно госпитализированы 5 (4,39%), категорически отказались от лечения 7 (6,14%) больных. Умерших и оторвавшихся от лечения пациентов за прошедший год не было.

Выводы.

1. Лечение больных туберкулезом в дневном стационаре обеспечивает контролируемость РХТ.

2. Эффективность лечения больных туберкулезом в условиях дневного стационара в 2014 г. составила 82,4%.

3. Организация дневного стационара позволяет рационально использовать ресурсы противотуберкулезного диспансера, не нарушая доступность, этапность, контролируемость медицинской помощи больным туберкулезом.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЗВОНОЧНИКА

ТУЙЧИЕВ Н. Н., НАЗИРОВ П. Х., ДЖУРАЕВ Б. М., МАХМУДОВА З. П., РУСТАМОВ Ф. Х.

CLINICAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF FUNCTIONAL DISORDERS OF GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF SPINAL TUBERCULOSIS

TUYCHIEV N. N., NAZIROV P. KH., DZHURAEV B. M., MAKHMUDOVA Z. P., RUSTAMOV F. KH.

РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. А. Алимова МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Scientific and Practical Medical Center of Phthisiatry and Pulmonology named after Sh. A. Alimov, Tashkent, Uzbekistan Republic

У больных с осложненными формами туберкулезного спондилита нарушается транзит содержимого по желудочно-кишечному тракту. Эти нарушения являются ведущими в возникновении таких клинических симптомов, как мальабсорбция, абдоминальная боль, метеоризм, запор. Однако характер и механизм этих изменений двигательной функции желудочно-кишечного тракта у больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника до сих пор изучены недостаточно.

Цель: изучение частоты и характера клинических проявлений функциональной кишечной недостаточности у больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника.

Материалы и методы. Проведено обследование 102 больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника. Из них 69 (48,3%) – мужчины и 53 (51,9%) – женщины. Рентгенотомографически у 10 (9,8%) больных специфический процесс локализовался в шейном, у 17 (16,6%) – в грудном, у 23 (22,5%) – в груднопоясничном, у 25 (24,5%) – в поясничном, у 27 (26,4%) – в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Поражение 2 позвонков и более установлено у 65 (63,7%), более 3 позвонков – у 37 (36,2%) пациентов. У всех больных экви-

валентом боли было чувство дискомфорта в эпигастрии. Больные часто затруднялись точно указать место его локализации, отмечая, что дискомфорт возникал в верхних отделах живота, больше в эпигастрии, иногда в околопупочной области. У 35 (34,3%) пациентов отмечались постоянные тупые ноющие боли, интенсивность которых варьировала от умеренной – у 14 (40,0%), до слабовыраженной – у 15 (14,7%). Острый или режущий характер боль носила у 6 (17,1%) пациентов. Отмечали четкую связь болей с приемом пищи 15 (14,7%) больных, причем у 8 (57,1%) из них были ранние боли, у 7 (46,6%) – поздние, у 5 (41,7%) – их сочетание. Жаловались на голодные боли 10 (9,8%) пациентов, 5 (50,0%) из них – на ночные. Не связывали возникновение болей с приемом пищи 18 (17,6%) больных. У 22 (21,5%) больных имел место диспепсический синдром: плохой аппетит, тошнота, изжога, отрыжка, метеоризм и боли в эпигастрии. Показаниями к радикально-восстановительным операциям на позвоночном столбе являлись: спинномозговые расстройства, вызванные грубой деформацией позвоночного канала, спастические парализы и параличи нижних конечностей, нарушение функции тазовых органов, а также наличие пара- и превертебральных абсцессов.

Результаты. При выполнении ультрасонографии у 10 (9,8%) больных с поражением шейного отдела позвоночника задержка эвакуации сопровождалась спазмом привратника, торможением перистальтики (перистальтика поверхностная, менее $\frac{1}{4}$ глубины просвета, редкая – периодичность сокращений более 40 с) на 15-20 мин, а затем стремительной эвакуацией более чем половины объема желудочного содержимого, после чего эвакуация вновь тормозилась. Как правило, при этом наблюдаются маятникообразные колебания содержимого в расширенной двенадцатиперстной кишке, дуоденогастральный рефлюкс, замедление эвакуации. У 17 (16,6%) больных с поражением грудного и у 23 (22,5%) пациентов с груднопоясничной локализацией наблюдали спазм привратника, задержку эвакуации содержимого в двенадцатиперстной кишке на 10-15 мин при нормальной или усиленной перистальтической активности (глубина перистальтических волн – $\frac{2}{3}$ - $\frac{2}{4}$ просвета желудка). В дальнейшем эвакуация происходила неравномерно и в целом была замедленной (через 40 мин в желудке оставалось около 100 мл жидкости). У 25 (24,5%) больных с поражением поясничного

отдела позвоночника отмечалось истинное снижение двигательной-эвакуаторной функции желудка, которое сопровождалось замедлением и ослаблением перистальтики (перистальтика поверхностная, менее $\frac{1}{4}$ глубины просвета, редкая – периодичность сокращений более 1 мин). Через 40 мин в желудке оставалось более 100 мл содержимого. У 27 (26,4%) больных с поражением пояснично-крестцового отдела периодически возникали симптомы нарушения перистальтической активности (глубина перистальтических волн $\frac{1}{4}$ просвета желудка, единичная периодичность сокращений превышала 1,5 мин).

Заключение. Ультразвуковые исследования являются наиболее объективным, доступным и применимым при наличии парезов и параличей конечностей перспективным способом обследования до и после операции у больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника и при функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта.

Они позволяют определить эхографические критерии функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

ТУЙЧИЕВ Н. Н., НАЗИРОВ П. Х., МАХМУДОВА З. П., РУСТАМОВ Ф. Х., БОБОЕВ А. С.

PATHOGENIC THERAPY OF PATIENTS WITH INTESTINE INSUFFICIENCY SYNDROME OF THE COMPLICATED FORMS OF SPINAL TUBERCULOSIS BY SURGERY TREATMENT

TUYCHIEV N. N., NAZIROV P. KH., MAKHMUDOVA Z. P., RUSTAMOV F. KH., BOBOEV A. S.

РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. А. Алимова МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Scientific and Practical Medical Center of Phthisiatry and Pulmonology named after Sh. A. Alimov, Tashkent, Uzbekistan Republic

У больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника главной причиной синдрома функциональной кишечной недостаточности является эндогенная интоксикация в сочетании с компрессией спинного мозга. В зависимости от локализации специфического процесса в позвоночнике развивается дисбаланс продукции нейромедиаторов, приводящий к изменению моторной функции кишечника.

Цель: разработка и обоснование медикаментозной коррекции функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта при хирургическом лечении осложненных форм туберкулеза позвоночника.

Материалы и методы. Обследовано 100 впервые выявленных больных в возрасте от 17 до 65 лет. Давность заболевания – от 2 мес. до 2 лет. Все больные прошли комплексное обследование, которое

включало клинические, биохимические, ультразвуковые, рентгеномографические методы, КТ, МРТ позвоночника, функциональное исследование сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Специфический процесс позвоночника во всех случаях был в активной стадии. Тяжесть специфического процесса определяло число пораженных позвонков, а также различные осложнения, в том числе: паранефральные абсцессы – у 75 (75,0%) больных, нестабильность позвоночного столба – у 78 (78,0%). Неврологические расстройства от корешкового синдрома до глубоких парезов и пlegий с нарушением функции тазовых органов наблюдались у 76 (76,0%) больных. Больные разделены на две группы: 52 (52,0%) – пациенты 1-й группы (основная), у которых имели место расстройства желудочно-кишечного тракта. Этим больным на фоне