

Результаты. При выполнении ультразвукографии 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: параневертебральные 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

антибактериальной терапии назначали патогенетическое лечение, направленное на коррекцию нарушений функции желудочно-кишечного тракта. Составили 2-ю (контрольную) группу 48 (48,0%) больных. У этих больных также были функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, однако они получали комплексное лечение по общепринятой методике без использования средств патогенетического воздействия. У больных диагностированы различные нарушения функции желудочно-кишечного тракта: гастропарез (ослабление моторно-эвакуаторной функции желудка) – у 31 (59,6%), нарушение циклической активности желудка в межпищеварительном периоде, желудочная дисритмия – у 21 (40,3%) больного 1-й и 2-й групп и 28 (58,3%), 20 (41,6%) соответственно. Операции на позвоночнике выполняли после 1-1,5-месячной антибактериальной терапии с учетом лекарственной чувствительности возбудителя в ортопедическом режиме 100 (100%) больным. Диагноз туберкулеза позвоночника во всех случаях подтвержден гистологическим методом. Исследование функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта проводили по модифицированной методике F. Tytner с использованием 400 мл 0,9% раствора NaCl комнатной температуры на аппарате Интерскан-250 (Германия) линейным датчиком 3,5-5,0 МГц. У 52 (52,0%) пациентов 1-й (основной группы) на фоне антибактериальной терапии назначали патогенетическое лечение, направленное на коррекцию функциональных нарушений функции желудочно-кишечного тракта – церукал, реглан 10 мг 2 раза № 20, бискодил (дульколак) по 2 свечи № 15, прозерин (neostigmine) 0,005% 1,0 № 20, допрокин (домперидон) по 10 мг 2 раза в сутки № 20. У 48 (48,0%) больных контрольной группы (2-я группа) лечение провели по общепринятой методике.

Результаты исследования. Лечение оценивали в комплексе по данным лучевой диагностики. У 25 (48,0%) больных (1-й группы) по данным УЗИ (прозерин, метаклопромид) отмечалось восстановление общей сократительной функции желудка и 12-перстной кишки. При ультрасонографии в течение первых 2-3 сут после операции отмечались перистальтические движения кишечной стенки, уменьшение ее отека, нормализовался диаметр кишечных петель. Отмечалось повышение амплитуды сокращений антрального отдела желудка и 12-перстной кишки с улучшением антродуоденальной координации. У 27 (51,9%) больных (1-й группы) домперидон при регуляции двигательной активности дал более стойкий эффект. Действие было связано с блокадой периферических допаминовых рецепторов в стенке желудка и 12-перстной кишки. Повысился тонус нижнего пищеводного сфинктера, установлено увеличение сократительной способности желудка, у 52 (100,0%) больных 1-й группы установлено улучшение антродуоденальной координации. Во 2-й группе больных в течение первых 2-3 сут после операции сохранялись гастропарез (ослабление моторно-эвакуаторной функции желудка) и нарушение циклической активности желудка в межпищеварительном периоде – желудочные дисритмии. Таким образом, полученные данные показали высокую эффективность разработанной методики лечения синдрома функциональной кишечной недостаточности у больных с осложненными формами туберкулеза позвоночника.

Заключение. У больных с осложненными формами туберкулезного спондилита коррекция функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта разрывает порочный круг нарушений, предупреждает возникновение метаболического синдрома и повышает эффективность этиотропной терапии.

СИЛИКОТУБЕРКУЛЕЗ

УЛАНОВСКАЯ Е. В.¹, НИКОНОВА С. М.¹, ЛАШИНА Е. Л.¹, АРЧАКОВА Л. И.^{2,3}, ГАВРИЛОВ П. В.³

TUBERCULOSILICOSIS

ULANOVSKAYA E. V.¹, NIKONOVA S. M.¹, LASHINA E. L.¹, ARCHAKOVA L. I.^{2,3}, GAVRILOV P. V.³

¹ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья», г. Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

³ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии», г. Санкт-Петербург

¹North-West Research Center of Hygiene and Public Health, St. Petersburg, RF

²St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

³St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, RF

Цель: изучение частоты возникновения туберкулеза у больных поздним силикозом (после прекращения контакта с высокофиброгенной пылью через 4-5 и до 25 лет).

Материалы и методы. Проведено динамическое наблюдение за 160 пациентами после ухода с силикозоопасной работы и ретроспективный анализ медицинской документации и рентгенологического