

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Нами отмечено, что ведущими жалобами пациентов были боли в области одного из суставов, боли в височной области и ухе на стороне проблемного сустава, посторонние звуки в нем. Большинство из наблюдаемых больных до начала заболевания лечились у стоматологов (терапевтов, ортопедов, ортодонтот, хирургов), когда им часто приходилось длительное время держать рот открытым, что обычно приводит к перерастяжению капсулы сустава и жевательных мышц. Часть больных безрезультатно курировалась невропатологами по поводу неверно поставленного диагноза невралгии тройничного нерва. При локальном исследовании больных, наблюдали асимметрию лица, размеров тела и ветви нижней челюсти, изменения объема мышечной массы собственно жевательных и височных мышц. При пальпации области суставов — на стороне болевого симптома суставная головка нижней челюсти была запавшей, а на симметричной — выходила кпереди под основание скулового отростка височной кости. Нами отмечено, что для всей категории больных с такой патологией сустава, характерна девиации нижней челюсти при открывании рта. Обычно это латеральное смещение челюсти в сторону сустава с болевым симптомом. Часто наблюдались окклюзионные нарушения, наличие повышенной стираемости зубов.

При изучении прицельных зонограмм ВНЧС отмечалось нарушение размеров суставных щелей: на стороне болевого симптома она была, как правило, значительно сужена, а на симметричной — расширена. При этом на рентгенограммах с открытым ртом суставная головка на стороне болевого симптома не подходит к вершине суставного бугорка, а на симметричной — выходит кпереди за вершину.

Анализ электромиограмм правой и левой собственно жевательных мышц исследованных больных при сжатии челюстей показал уменьшение их биоэлектрической активности на стороне болевого симптома (сторона компрессии) до  $878,72 \pm 26,23$  мкВ, на противоположной стороне (сторона дислокации) — увеличение мышечного биопотенциала до  $1638,61 \pm 83,036$  мкВ. Результаты электромиографии височных мышц были сходными: на стороне болевого симптома величина биопотенциалов была равна  $959,55 \pm 101,69$ , а на стороне дислокации суставной головки —  $1555,72 \pm 102,23$ . Полученные данные объективно отражают симптоматику мышечно-суставной компрессионно-дислокационной дисфункции обоих ВНЧС.

Таким образом, у больных с проявлениями симптомов мышечно-суставной компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС помимо клинического обследования необходимо проведение прицельной рентгенографии обоих ВНЧС и электромиографии жевательных и височных мышц с детальным анализом всех полученных данных, что позволит объективно установить не только наличие компрессии в одном из ВНЧС и дислокацию суставной головки в другом, объяснить окклюзионно-компрессионные нарушения, которые вызывают болевой симптом, и наметить адекватное комплексное лечение.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Пузин, М. Н. Болевая дисфункция ВНЧС / М. Н. Пузин, А. А. Вязьмин // М.: Медицина. — 2002. — С. 1–60.
2. Сысолятин, П. Г. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава / П. Г. Сысолятин, А. А. Ильин, А. П. Дергилев // Мед.книга. — М.: НГМА, Н. Новгород. — 2001. — 78 с.
3. Изучение распространенности и диагностики функциональных нарушений ВНЧС у лиц молодого возраста / А. С. Щербаков [и др.] // Институт стоматологии. — № 1. — 2013. — С. 18–20.
4. Шувалов, С. М. Заболевания и дисфункциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава у детей и взрослых. Клиника, диагностика, лечение / С. М. Шувалов // Винница: «Книга-Вега». — 2012. — 48 с.
5. Condylar distances in hypermobile temporomandibular joints of patients with excessive mouth openings by using computed tomography / A. Haghigaht [et al.] // J Clin Exp Dent., 2014. — V. 6. — № 5. — P. 509–513.

УДК 616.831:616.24-002.5

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

*Венцель Е. И.*

**Научный руководитель: ассистент И. Ф. Шалыга**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Распространенность туберкулеза, тяжелые последствия его осложнений, требующие сложных лечебно-реабилитационных мероприятий, высокий уровень инвалидизации и

смертности в молодом возрасте определяют важность и социальную значимость изучения проблемы этого заболевания. Во многих странах мира отмечается неуклонный рост числа больных туберкулезом.

Туберкулез — одна из самых распространенных инфекций в мире: по данным ВОЗ, к настоящему времени треть населения планеты инфицирована туберкулезом, общая численность больных превышает 20 млн, ежегодно туберкулезом заболевают 8–9 млн и умирают 3 млн человек. 95 % больных туберкулезом живут в развивающихся странах.

Эпидемическая ситуация в Республике Беларусь также остается сложной. За последнее время можно выделить три периода: I — 1991–1998 гг.: период роста заболеваемости туберкулезом в 1,8 раза увеличен; II — 1999–2002 гг.: период стабилизации основных эпидпоказателей и снижения заболеваемости; III — 2003–2006 гг.: период дальнейшего роста показателей заболеваемости туберкулезом и смертности от него (соответственно 52,8 и 9,7 на 100 тыс. человек). Обращает на себя внимание контингент вновь заболевших: 30,1 % из них составляют безработные, 17,7 % — хронические алкоголики, 2,4 % — прибывшие из исправительно-трудовых учреждений, 2,1 % — ВИЧ-инфицированные.

Вторая особенность течения туберкулеза в Республике Беларусь — высокая частота первичной и множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) возбудителя с тенденцией к росту: с 6,9 % в 2003 г. до 11,6 % в 2006 г. Среди больных хроническими формами туберкулеза МЛУ достигает 70 %. Негативное влияние на эффективность лечения и уровень смертности оказывают также сопутствующие заболевания (алкогольная болезнь, СД и др.), которые отмечены у 90 % больных, умерших от туберкулеза.

В настоящее время при туберкулезе отмечено учащение развития различных неспецифических поражений нервной системы. Однако целенаправленных исследований, касающихся данного вопроса незаслуженно мало. Имеются отдельные сообщения, которые констатируют те или иные отклонения со стороны ЦНС у детей, болеющих туберкулезом (К. Л. Иммерман, Л. Э. Панкратова 1988; М. В. Виноградов, 1991; М. Э. Гурьева, 2002;), которые М. Б. Цукер (1983) отнесла к атипичным формам туберкулезного поражения нервной системы, зарубежные авторы квалифицируют их как туберкулезную энцефалопатию (Р. М. Иёат, 1970; Б. К. Байиг, 1995).

Энцефалопатия — общее название для невоспалительных (в отличие от энцефалита) заболеваний головного мозга. Энцефалопатия бывает врожденная и приобретенная (например, органические поражения головного мозга, связанные с отравлениями, инфекциями, сосудистыми заболеваниями головного мозга, нехваткой витамина В1). Энцефалопатия — заболевание, при котором дистрофически изменяется ткань мозга, что приводит к нарушению его функции.

Причины могут быть самыми различными: 1) травмы головного мозга (посттравматическая энцефалопатия), еще известна как «синдром пропущенного удара» (и связанная с этим «хроническая энцефалопатия»). Нередко наблюдается у спортсменов: боксеров, футболистов, так как многочисленные травмы приводят к накоплению в мозге амилоидов; 2) патология беременности и родов у матери (перинатальная энцефалопатия); 3) атеросклероз, гипертоническая болезнь, дисциркуляция (сосудистая, гипертоническая); 4) хронические интоксикации алкоголем, тяжелыми металлами, медикаментами и ядами (токсическая энцефалопатия); 5) наркомания; 6) тяжелые заболевания печени и почек (печеночная энцефалопатия, уремическая энцефалопатия); 7) лучевая (радиационное поражение); 8) ишемия (хроническое кислородное голодание мозга); 9) диабет.

Среди клиницистов единого взгляда по этому вопросу нет, так как границы патологии до настоящего времени не очерчены. Результаты нейровизуализационной, нейропсихологической, иммунохимической оценки свидетельствуют о многообразии патогенетических механизмов развития неврологических осложнений при туберкулезе.

### **Цель**

Доказать или опровергнуть возможность развития энцефалопатии у больных вторичным туберкулезом легких.

### **Материал и методы исследования**

Были просмотрены протоколы патологоанатомических вскрытий за 2 года: 2013 г. (265 протоколов) и 2014 г. (271 протокол). Исследованию подверглись только те из них, у

которых в заключительном клиническом диагнозе в качестве основного заболевания был прописан вторичный туберкулез: 36 патологоанатомических протоколов (19 протоколов за 2013 г. и 17 протоколов за 2014 г.). Кусочки аутопсийного материала объемом 1 см<sup>3</sup> фиксировались в 10 % растворе забуференного формалина в течение одних суток. Профиксированные кусочки тканей заключались в парафин. С парафиновых блоков изготавливались гистологические срезы толщиной 5 мкм. Все гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином и по методу Циля — Нильсона. Микроскопия осуществлялась с помощью микроскопа при увеличении микрообъекта ×10.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Анализ половозрастной структуры показал, что среди умерших от туберкулеза преобладали мужчины — 88,9 % (n = 32), женщины — 11,1 % (n = 4) и их соотношение составило 32:4.

Большинство умерших были старше 50 лет — 36,1 % (n = 13). Вместе с тем умершие от туберкулеза распределились по возрасту следующим образом:

- в группу 20–29 лет вошли 8,3 % (n = 3, где n = 1 за 2013 г.; n = 2 за 2014 г.);
- в группу 30–39 лет вошли 27,8 % (n = 10, где n = 5 за 2013 г.; n = 5 за 2014 г.);
- в группу 40–49 лет вошли 22,2 % (n = 8, где n = 5 за 2013 г.; n = 3 за 2014 г.);
- в группу 50–59 лет вошли 36,1 % (n = 13, где n = 6 за 2013 г.; n = 7 за 2014 г.);
- в группу 60 лет и старше вошли 5,6 % (n = 2 за 2013 г.).

Очевидно, что пик смертности у страдающих туберкулезом людей в Гомельской области зафиксирован в возрасте 50–59 лет. При этом 58,3 % (n = 21) скончавшихся больных пришлось на трудоспособный возраст.

Результаты данного исследования соответствуют результатам проведенного исследования на Украине, где смертность среди мужчин от туберкулеза в 2,4 % выше, чем среди женщин. Также соответствующие результаты по Южноуральскому региону, где смертность среди мужчин в основном приходится на возраст 45–54 г., мужчины при этом болеют в 3 раза чаще, чем женщины.

Среди клинико-анатомических форм у умерших от вторичного туберкулеза наибольший процент составил диссеминированный туберкулез легких — 33,4 % (n = 12, где n = 6 за 2013 г.; n = 6 за 2014 г.). Доля остальных форм следующая: фиброзно-кавернозный туберкулез — 22,2 % (n = 8, где n = 4 за 2013 г.; n = 4 за 2014 г.); инфильтративный туберкулез — 22,2 % (n = 8, где n = 4 за 2013 г.; n = 4 за 2014 г.); казеозная пневмония — 22,2 % (n = 8, где n = 4 за 2013 г.; n = 4 за 2014 г.).

В ходе нашего исследования было установлено, что у подавляющего большинства респондентов — 86,1 % (n = 31) туберкулезный процесс носил распространенный характер и занимал более одной доли легкого.

Кроме основного заболевания: вторичного туберкулеза в заключительном клиническом диагнозе у таких умерших часто стоит ВИЧ-инфекция с проявлением множественных инфекций: 36,1 % (n = 13, где n = 8 за 2013 г.; n = 5 за 2014 г.) и смерть наступает от: «Болезни, вызванной ВИЧ с проявлением микобактериальной инфекции».

Был обнаружен только 1 протокол вскрытия за 2014 г. (это мужчина в возрасте 42 лет), где упоминалась алкогольная энцефалопатия в фоновом заболевании в патологоанатомическом диагнозе, а в заключительном клиническом диагнозе был только диссеминированный туберкулез в фазе распада.

#### **Выводы**

У пациентов, умерших от вторичного туберкулеза легких, морфологических признаков развития энцефалопатии не выявлено. Это связано вероятнее всего с МЛУ микобактерий туберкулеза, что в конечном итоге приводит к быстрой прогрессии легочного туберкулеза и смерти от дыхательной недостаточности.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кошечкин, В. А. Фтизиатрия / В. А. Кошечкин, З. А. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2005. — 304 с.
2. Бастиан, И. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью / И. Бастиан, Ф. Порталс. — М., 2003. — 368 с.