

ответа. Пациент К., 2015 г.р., ребенок от второй беременности этой же пациентки. Учитывая сохранение маркеров репликации и высокой вирусной нагрузки, а так же наличие у ребенка от первой беременности врожденного гепатита В, матери с 30 недели беременности до 3-х месяцев после родов назначен тенофовир в дозе 0,3 г. ежедневно. Ребенок вакцинирован согласно национальному календарю прививок по ускоренной схеме (0–1–2–12 мес.). На момент рождения HBsAg не выявлен, при обследовании в 6 мес., в 12 месяцев и в 18 мес. HBsAg отрицательный, ДНК HBV не определяется. Ребенок здоров, снят с учета.

Выводы

Обязательно определение серологического статуса всех беременных женщин вне зависимости от предшествующего прививочного анамнеза.

Высокая вирусная нагрузка у матери является главным фактором, увеличивающим риск вертикальной передачи HBV-инфекции.

При наличии HBsAg и маркеров репликации (HBe Ag и анти-HBc_{or}Ig M), а также высокой вирусной нагрузки (уровень виремии выше 1 000 000–10 000 000 МЕ/мл) показана профилактика НА из категории В по классификации FDA (оптимально тенофовир в дозе 0,3 ежедневно с 30 недели беременности до 3-х месяцев после родов).

Женщинам с высокой вирусной нагрузкой необходимо решение вопроса о проведении планового кесарева сечения для снижения риска перинатального инфицирования.

Детям, рожденным от HBsAg-позитивных матерей, должна проводиться активно-пассивная иммунизация по ускоренной схеме (0–1–2–12 мес.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопольская, М. А. Вертикальная передача гепатита В: опасности реальные и мнимые / М. А. Белопольская // Журнал инфектологии. — 2015. — Т. 7, № 1. — С. 18–25.
2. Ott, J. J. The risk of perinatal hepatitis B virus transmission: hepatitis B e antigen prevalence estimates for all world region / J. J. Ott, G. A. Stevens, S. T. Wiersma // BMC Infectious Diseases. — 2012. — № 12. — P. 131.
3. Данилов, Д. Е. Метод лечения хронического вирусного гепатита В / Д. Е. Данилов, И. А. Карпов // Инструкция по применению. Видаль специалист. РБ. — 2016. — С. 225–236.

УДК 616.711-002-002.5

КЛИНИЧЕСКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

Демидович П. С., Дудкина Я. Ю., Шпудейко А. Д.

Научный руководитель: ассистент Ж. Е. Сверж

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Гомельской области в последние 3 года отмечается положительная динамика. Показатель заболеваемости снизился с 35,9 в 2017 г. до 26,5 в 2019 г. При этом в структуре заболеваемости возрастает количество внелегочного туберкулеза, особенно за счет костно-суставных форм. Показатель заболеваемости внелегочными формами туберкулеза вырос с 3,4 в 2017 г. до 3,84 соответственно. Туберкулезный спондилит (ТС) — это клинико-рентгенологическая форма туберкулеза, характерным признаком которой является первичное разрушение тел позвонков с последующей деформацией. ТС в структуре костно-суставного туберкулеза занимает первое место, составляя от 45,2 до 82,4 % [1]. Распространенные и осложненные формы ТС встречаются у 70 % взрослых. Это ведет к росту инвалидности, которая

составляет до 85 % среди инвалидности других форм внелегочного туберкулеза [2]. ТС до 90,7 % случаев осложняется неврологическими синдромами, причем в 28 % с компрессией спинного мозга, натечными абсцессами в 62,5–99 %, свищами в 4–18,8 % [3]. Кифозы, образующиеся при ТС, являются одной из причин сердечно-легочных нарушений и поздней параплегии. Отсутствие специфических клинических и лабораторных критериев, достоверно подтверждающих этиологию туберкулезного спондилита на ранних стадиях, является причиной диагностических ошибок, частота которых достигает 80 % [4, 5].

Увеличение частоты туберкулезного поражения позвоночника и трудности диагностики определяют актуальность настоящего исследования.

Цель

Выявить и оценить клинико-эпидемиологические особенности ТС и определить их влияние на своевременность диагностики.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 119 медицинских карт стационарных пациентов с изолированным ТС, проходивших стационарное лечение в туберкулезном хирургическом торакальном отделении УЗ «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» в 2017–2019 гг. Средний возраст пациентов составил $49 \pm 13,4$ года (от 18 до 76 лет). В исследовании преобладали лица мужского пола — 73 (61,3 %) пациентов, женщин — 46 (38,6 %) человек.

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении факторов риска развития ТС установлено, что 3 (2,5 %) человека в анамнезе имели переломы ребер и трубчатых костей, ВИЧ-инфекция диагностирована у 12 (10 %) пациентов. Курили — 60 (50,4 %), злоупотребляли алкоголем — 7 (5,8 %), употребляли внутривенные наркотические вещества — 3 (2,52 %) пациента. Сахарным диабетом страдали 19 (15,9 %) человек, контакт с больными туберкулезом органов дыхания был установлен у 2 (1,6 %) пациентов.

Начало заболевания ТС у 112 (94,1 %) пациентов было связано с постепенным периодическим появлением болей в позвоночнике на фоне удовлетворительного общего самочувствия. Лишь у 7 (5,8 %) пациентов имело место нетипичное для туберкулеза острое начало заболевания с выраженным болевым синдромом или с подъемом температуры до фебрильных значений. Характерно, что это были ВИЧ-инфицированные пациенты. Изучение клинических проявлений показало, что у 100 % пациентов наблюдалась боль в спине, которая наряду с локальной болезненностью паравerteбральных точек, зачастую являлась единственным признаком заболевания. Таким образом, полиморфизм клинического течения, отсутствие специфических лабораторных и клинических критериев, подтверждающих этиологию спондилита на ранних стадиях заболевания, являются причиной диагностических ошибок, частота которых на догоспитальном периоде составила 78,9 %. Жалобы пациентов преимущественно трактовались как обострение «остеохондроза позвоночника». Лишь у 8 (6,7 %) пациентов ТС был заподозрен при появлении клинической картины и проведено обследование, это были пациенты с ВИЧ-инфекцией и острым началом заболевания.

При анализе временных периодов от начала заболевания до первого рентгенологического исследования, при котором выявлена деструкция тел позвонков, сроков лечения в общей лечебной сети установлено, что пациенты с ТС поступали в специализированное учреждение в среднем через $16,2 \pm 4,3$ мес. (от 2 мес. до 4 лет). В первые 6 мес. ТС был верифицирован только у 14 (11,76 %) пациентов у остальных 105 (88,2 %) пациентов заболевание выявлено в более поздние сроки. К этому времени у пациентов часто развивались распространенные и осложненные формы ТС. Так, у 110 (92,4 %) пациентов ТС к моменту выявления осложнился развитием паравerteбральных и эпидуральных натечных абсцессов, у 52 (43,6 %) человек развились парапезы и параплегии.

При стандартном лучевом обследовании (спондилография, компьютерная и магнитно-резонансная томография) моноsegmentарные поражения выявлены в 3 (2,5 %) случаях и в 116 (97,4 %) случаев полиsegmentарные формы. В большинстве случаев туберкулезный спондилит сопровождался поражением 2 тел позвонков, но встречались распространенные процессы с вовлечением от 2 до 5 позвонков. Наиболее часто поражались поясничный и грудной отделы позвоночника — у 56 (47,05 %) и 53 (44,5 %) пациентов соответственно. Сочетанные поражения этих двух отделов отмечались у 10 (9,1 %) человек. Также отмечены многоуровневые поражения позвоночника — в 50 (42 %) случаях. По результатам рентгенологического исследования в 100 % случаев имелись участки деструкции костной ткани позвонков. Также частым рентгенологическим проявлением являлись участки остеопороза — 56 (47,05 %) человек, остеосклероза — 47 (39,5 %) человек и наличие секвестрации — 25 (21 %) случаев.

Важно отметить, что ни у одного пациента в патологическом материале не было выявлено *M. tuberculosis*.

Осложненные формы ТС чаще развивались на фоне ВИЧ-инфекции. Отличительной особенностью этой категории пациентов была значительная протяженность деструкции позвонков и многоуровневые поражения, отмеченные у 10 (87,5 %) пациентов. Кроме того, у 11 (92,5 %) ВИЧ-инфицированных пациентов ТС осложнился развитием паравертебральных, эпидуральных или псоас-абсцессов, а в 10 (87,5 %) случаях у ВИЧ-позитивных пациентов имела место кифотическая деформация позвоночника и спинномозговые расстройства в виде выраженной корешковой и проводниковой симптоматики.

Хирургическое лечение пациентам исследуемой группы не проводилось, все получали консервативное лечение.

Выводы

1. Отсутствие специфических диагностических критериев туберкулезного спондилита, подтверждающих его этиологию на ранних стадиях, явилось причиной диагностических ошибок, частота которых составила 78,9 %. Средний срок с момента начала заболевания до подтверждения диагноза составил $16,2 \pm 4,3$ мес.

2. Вследствие поздней диагностики у 92,4 % пациентов туберкулезный спондилит к моменту выявления осложнился развитием паравертебральных и эпидуральных натечных абсцессов, у 46,3 % пациентов развились парапезы и параплегии. К этому времени у 42 % пациентов в туберкулезный процесс было вовлечено 2 и более позвонков.

3. У ВИЧ-инфицированных пациентов туберкулезный спондилит характеризовался острым началом и значительной распространенностью патологического процесса, который у 87,5 % пациентов осложнился развитием кифотической деформации позвоночника и спинномозговыми расстройствами в виде выраженной корешковой и проводниковой симптоматики.

4. Хирургические методы лечения туберкулеза позвонков не применялись, что свидетельствует о недостаточной хирургической активности в данной группе пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Туберкулез костей и суставов различной локализации / В. А. Хоменко [и др.] // Медицинский альянс. — 2019. — № 2. — С. 77–82.
2. Махмудова, З. П. Клинико-лабораторная и рентгенологическая семиотика туберкулеза позвоночника / З. П. Махмудова. — Медицинские новости. — 2016. — № 12. — С. 63–65.
3. Оценка информативности биопсий позвонков для дифференциальной диагностики туберкулезного спондилита / А. В. Алаторцев [и др.] // Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. — 2010. — № 3 (41). — С. 5.
4. Туберкулезный спондилит у взрослых (клинико-лучевые проявления) / Н. А. Советова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 10. — С. 33–37.
5. Клинические особенности диагностики туберкулезного спондилита / А. А. Вишневецкий [и др.] // Вопросы травматологии и ортопедии. — 2012. — № 4 (5). — С. 47–53.
6. Туберкулезный спондилит - комплексная клинико-лучевая диагностика / Ю. А. Цыбульская [и др.] // Медицинский альянс. — 2015. — № 1. — С. 226–227.
7. Кульчавеня, Е. В. Клинико-эпидемиологические особенности современного туберкулезного спондилита / Е. В. Кульчавеня, Е. Ю. Ковешникова, И. И. Жукова // Туберкулез и болезни легких. — 2013. — Т. 90, № 1. — С. 41–45.