

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ

УДК 616.711-002.5

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СПОНДИЛИТА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Скорняков С.Н., Мамаева Л.А., Климов М.Е., Доценко И.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург

Резюме

Цель Определение особенностей клинического течения спондилита у больных ВИЧ-инфекцией

Материалы и методы Проанализированы данные историй болезни 116 пациентов, госпитализированных в отделение костно-суставного туберкулеза клиники Института. **Результаты** Установлено преобладание в группе больных спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией парентеральной наркомании, гепатита С, пребывания в местах лишения свободы в анамнезе, острого начала заболевания, генерализации туберкулезного процесса при специфической этиологии спондилита, реже развивающегося натечного абсцесса и неврологического дефицита в виде пареза и пlegии. Туберкулезная этиология спондилита у больных в сочетании с ВИЧ-инфекцией подтверждается с наибольшей частотой с применением молекулярно-генетического метода исследования.

Выводы Полученные данные могут быть использованы врачами медицинских организаций для своевременного выявления туберкулезного спондилита на более ранней стадии заболевания, проведения химиотерапевтического и хирургического лечения больных.

Ключевые слова: спондилит, ВИЧ-инфекция, туберкулез

FEATURES OF DETECTION AND CLINICAL MANIFESTATIONS OF SPONDYLITIS IN PATIENTS WITH HIV INFECTION

Srornyakov S.N., Mamaeva L.A., Klimov M.E., Docenko I.A.

Ural Research Institute for Phthisiopulmonology

Summary.

Aim. To determine the identifying features and clinical manifestations of spondylitis in patients with HIV infection

Materials and methods. Data analyzed medical records of 116 patients admitted to the Department of osteoarticular tuberculosis institute clinics.

Results. The predominance in the group of patients with spondylitis in combination with HIV parenteral drug abuse, hepatitis C, stay in prison a history of acute onset of the disease, the generalization of tuberculosis process with specific etiology spondylitis, rarely emerging wandering abscess and neurological deficit in the form of paresis and plegia. Tuberculosis Etiology spondylitis in patients in combination with HIV infection is confirmed with the greatest frequency in the application of molecular genetic research method

Conclusions. The resulting data can be used by physicians of medical institutions for the early detection of tuberculosis spondylitis at an earlier stage of the disease, of chemotherapy and surgical treatment of patients.

Key words: spondylitis, HIV infection, tubercules.

В современный период в Российской Федерации отмечается ухудшение эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции за счет увеличения количества новых случаев, распространения ее за пределы наиболее уязвимых групп населения, а также высокого риска развития осложнений и смерти от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией [8].

Одними из распространенных патологических процессов, развивающимся у ВИЧ-инфицированных пациентов, являются деструктивные гнойные

заболевания позвоночника. У больных ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях болезни наиболее часто встречаются случаи присоединения к основному заболеванию туберкулеза, в том числе туберкулезного спондилита [4].

Несвоевременное выявление и неадекватно проведенное лечение деструктивных воспалительных поражений позвоночника у больных ВИЧ-инфекцией приводят к тяжелым осложнениям болезни, утрате важнейших жизненных функций и инвалидности [2, 3, 5,6,7].

Целью исследования явилось определение особенностей выявления и клинических проявлений спондилита, развившегося у больных в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы

Проанализированы данные историй болезни 116 пациентов со спондилитом, госпитализированных в отделение лечения больных костно-суставным туберкулезом клиники Федерального государственного бюджетного учреждения «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России) в течение 2011-2015 гг. Показанием для госпитализации пациентов в клинику ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России явилась невозможность определить этиологию спондилита клинико-рентгенологическим методом и потребность в проведении хирургического вмешательства. Всем больным в клинике проведено комплексное лучевое исследование, в том числе спиральная компьютерная томография позвоночника. Для уточнения этиологии спондилита у пациентов в условиях клиники ФГБУ «УНИИФ» применялись морфологический, бактериологический, в том числе молекулярно-генетический методы исследования.

Для определения особенностей выявления и клинических проявлений спондилита у больных ВИЧ-инфекцией сформированы две группы больных. В первую группу вошли больные спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией - 36 человек, во вторую - без ВИЧ-инфекции - 80 человек.

Сравнительный анализ осуществляли по таким признакам, как наличие в анамнезе сопутствующих заболеваний (парентеральной наркомании, гепатита С), факта пребывания в местах лишения свободы, контакта с больными туберкулезом, а также острота начала болезни, локализация и распространенность поражения. Оценивали результаты проведенных с целью определения этиологии спондилита морфологического, бактериологического, молекулярно - генетического исследований. Материалом для проведения морфологического, бактериологического и молекулярно-генетического исследований служил биоптат из очага воспаления – костная ткань, стенка и содержимое натечного абсцесса. Дополнительно к вышесказанному, при сочетанных и генерализованных процессах, для бактериологического и молекулярно-генетического исследований использовался другой биологический материал: мокрота, плевральный экссудат, моча.

Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета прикладных программ «Statistica», в процессе использования которой рассчитывали хи-квадрат и критерий Фишера. По результатам оценки коэффициентов достоверными считали различия в сравниваемых группах при показателе уровня значимости менее 0,05.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования установлено, что среди больных спондилитом преобладают мужчины: в группе пациентов с ВИЧ-инфекцией соотношение мужчины/женщины составило 4:1, в группе пациентов без ВИЧ-инфекции соотношение мужчины/женщины составило 2:1. Средний возраст больных спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией составил $33,4 \pm 5,6$ года, на фоне отсутствия ВИЧ-инфекции – $43,3 \pm 4,8$ года.

Определено, что среди больных спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 8,1 раз чаще встречались потребители инъекционных наркотиков ($\chi^2=79,435$, $p = 0,0001$; $F=0$, $p = 0$), в 4,4 раза - лица, страдающие гепатитом С ($\chi^2=28,166$, $p = 0,0001$; $F=0$, $p = 0$), анамнестически в два раза чаще встречались указания на пребывания в местах лишения свободы ($\chi^2=4,620$,

$p=0,032$, $F=0,0291$, $p=0,291$ (табл.1). Достоверных различий по наличию других сопутствующих заболеваний, таких как хронические неспецифические заболевания легких, болезни органов пищеварения, кровообращения и мочеполовой системы, сахарный диабет, психические заболевания, анемия в группах больных спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и без нее не установлено.

Срок, прошедший от момента выявления воспалительного поражения позвоночника до дня госпитализации больных в клинику ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России, в среднем составлял $2,4 \pm 0,4$ месяца в группе больных спондилитом, страдающих ВИЧ-инфекцией, в группе сравнения – $6,2 \pm 0,7$ месяца.

В 69,0% случаев установлено острое начало заболевания у больных спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, в контрольной группе – в 39,0% случаев ($\chi^2= 9,368$, $p = 0,002$; $F=0,002$, $p = 0,002$) (табл.1).

У всех больных спондилитами присутствовал болевой вертеброгенный синдром различной степени выраженности. У пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией, достоверно реже (в 22,0% случаев) наблюдался неврологический дефицит в виде пареза и паралича против 45,0% случаев в группе больных спондилитом при отсутствии ВИЧ-инфекции ($\chi^2= 5,471$, $p=0,019$; $F=0,995$, $p = 0,015$) (табл.1).

У больных ВИЧ-инфекцией, страдавших спондилитом туберкулезной этиологии, в 32,0% случаев установлен генерализованный туберкулез, тогда как в группе пациентов без ВИЧ-инфекции – генерализация туберкулезного процесса встречалась достоверно реже (в 12,3% случаев) ($\chi^2= 4,521$, $p = 0,0034$; $F=0,037$, $p = 0,040$) (табл. 2).

В результате изучения распространенности поражения позвоночника и частоты формирования натечного абсцесса у больных спондилитом достоверных отличий в сравниваемых группах не установлено.

При оценке диагностической значимости морфологического и бактериологического методов исследования костных биоптатов, а также

другого биологического материала, проведенных для определения этиологии спондилитов, достоверных различий в сравниваемых группах не выявлено. Туберкулезная этиология спондилита путем использования молекулярно-генетического метода исследования подтверждена в 96,0% и 71,9% случаев у больных спондилитом на фоне наличия и при отсутствии ВИЧ-инфекции соответственно ($\chi^2=6,13$, $p=0,013$; $F=0,0009$; $p=0,016$)(табл.2).

Заключение

Больные спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией достоверно чаще имеют парентеральную наркоманию, гепатит С и пребывание в местах лишения свободы в анамнезе заболевания.

К особенностям клинического проявления спондилита на фоне ВИЧ-инфекции относится преобладание острого начала заболевания, при туберкулезной этиологии поражения - генерализации туберкулезного процесса; осложнение в виде натечного абсцесса, неврологический дефицит в виде пареза и плегии среди пациентов основной группы в нашем исследовании наблюдались реже.

Туберкулезная этиология спондилита у больных в сочетании с ВИЧ-инфекцией подтверждается с наибольшей частотой в результате применения молекулярно-генетического метода исследования.

Полученные данные могут быть использованы врачами медицинских организаций для своевременного выявления спондилита у больных ВИЧ-инфекцией на более ранней стадии заболевания, направления пациентов в специализированные федеральные центры для уточнения этиологии поражения позвоночника, а также проведения адекватного комплексного лечения: этиотропной химиотерапии и радикально – восстановительного хирургического вмешательства на позвоночнике.

Литература:

1. Алимов А.В., Сайченко Н.П., Смирнов Г.В. ВИЧ-инфекция на территории Уральского Федерального округа. Информационный бюллетень за 2014 год. Екатеринбург, 2015.
2. Батыров Ф.А., Васильева И.А., Зимина В.Н., Яровая Ж.Ю. Особенности течения и эффективность лечения больных туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции // Туберкулез и болезни легких, 2010. № 3. С. 23-27.
3. Белиловский Е.М., Мушкин А.Ю., Першин А.А. Внелегочный туберкулез в Российской Федерации: сопоставление некоторых официальных данных и результатов анкетного скрининга// Медицинский альянс, 2013. № 1. С. 80-85.
4. Бурлаков А.М., Вязова А.А., Журавлев В.Ю., Маничева О.А., Олейник В.В., Соловьева Н.С. Оценка взаимосвязи клинического течения туберкулезного спондилита и биологических свойств возбудителя// Медицинский альянс, 2015. № 1. С. 165.
5. Нечаева О.Б. Предварительные результаты эпидемиологических показателей по туберкулезу за 2015 год. <http://www.mednet.ru/ru/czentr-monitoringa-tuberkuleza/147.html> дата входа 03.08.2016
6. Новоселова О.А., Фролова О.П., Шинкарева И.Г.. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации – фактор, замедляющий снижение заболеваемости туберкулезом// Медицинский альянс, 2013. № 1. С. 50-55.
7. Подгаева В.А. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и деятельность противотуберкулезной службы на Урале в 2015 году / Под редакцией д.м.н. С.Н. Скорнякова. Екатеринбург, 2016. 421 с.
8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 20 октября 2016 г. № 2203-р «Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу»

Таблица 1

Особенности выявления и клинического течения спондилита у больных на фоне наличия и отсутствия ВИЧ-инфекции

Признак	Спондилит на фоне ВИЧ		Спондилит без ВИЧ		Chi квадрат, критерий Фишера
	n	%	n	%	
Парентеральная наркомания в анамнезе	36	100,0	10	12,5	$\chi^2=79,435, p=0,00$ F=0
Гепатит С в анамнезе	23	92,0	12	21,0	$\chi^2=28,166, p=0,00$ F=0
Пребывание в местах лишения свободы в анамнезе	14	39,0	16	20,0	$\chi^2=4,62, p=0,032$ F=0,0291, p=0,291
Острое начало заболевания	25	69,0	31	39,0	$\chi^2=9,368, p=0,002$ F=0,002, p=0,002
Указание на контакт по ТБ в анамнезе	15	42,0	21	26,0	$\chi^2=2,757, p=0,0968$ F=0,0756, p=0,128
Туберкулез легких активный	8	22	23	29	$\chi^2=9,0023, p=0,003$ F=0,0023, p=0,002
Туберкулез легких неактивный	10	28	10	13	$\chi^2=4,0613, p=0,0439$ F=0,0429, p=0,04
Генерализованный туберкулез	8	22	7	9	$\chi^2=4,0024, p=0,045$ F=0,0478, p=0,047
Туберкулез других органов активный	0	0	4	5	$\chi^2=1,8643, p=0,172$ F=0,2209
Туберкулез других органов неактивный	0	0	2	3	$\chi^2=0,9154, p=0,0339$ F=0,4738
Нет других локализаций туберкулеза	10	28	34	43	$\chi^2=2,2857, p=0,131$ F=0,9588, p=0,152
Проявления грубого неврологического дефицита (парезы, параличи)	8	22,0	36	45,0	$\chi^2=5,471, p=0,019$ F=0,995, p=0,015
Наличие натечного абсцесса	27	75,0	61	76,3	$\chi^2=0,212, p=0,884$ F=0,529, p=1,000
Локализация поражения в шейном отделе	3	8,0	1	1,0	$\chi^2=3,742, p=0,05$ F=0,079, p=0,88

Таблица 2

Особенности выявления и клинического течения туберкулезного спондилита у больных на фоне наличия и отсутствия ВИЧ-инфекции

Признак	Туберкулезный спондилит на фоне ВИЧ-инфекции		Туберкулезный спондилит на фоне отсутствия ВИЧ-инфекции		Хи квадрат, критерий Фишера
	n	%	n	%	
Парентеральная наркомания в анамнезе	25	100,0	7	12,3	$\chi^2=45,784$, $p=0,0001$ $F=0$, $p=0,000$
Гепатит С в анамнезе	23	92,0	12	21,0	$\chi^2=28,166$, $p=0,001$ $F=0$, $p=0,000$
Пребывание в местах лишения свободы в анамнезе	11	44,0	16	28,0	$\chi^2=1,997$, $p=0,158$ $F=0,124$, $p=0,204$
Острое начало заболевания	14	56,0	14	31,4	$\chi^2=7,638$, $p=0,005$ $F=0,0065$, $p=0,0105$
Контакт с больным туберкулезом в анамнезе	14	56,0	36	63,0	$\chi^2=0,374$, $p=0,540$ $F=0,355$, $p=0,625$
Туберкулез легких активный	8	32,0	23	40,4	$\chi^2=0,515$, $p=0,473$ $F=0,832$, $p=0,322$
Туберкулез легких неактивный	5	20,0	8	14,0	$\chi^2=0,463$, $p=0,496$ $F=0,353$, $p=0,522$
Генерализованный туберкулез	8	32,0	7	12,3	$\chi^2=4,521$, $p=0,034$ $F=0,037$, $p=0,04$
Туберкулез других органов активный	0	0	4	7,0	$\chi^2=1,844$, $p=0,174$ $F=0,225$, $p=0,253$
Туберкулез других органов неактивный	0	0	1	1,8	$\chi^2=0,444$, $p=0,505$ $F=0,695$, $p=0,731$
Отсутствие других локализаций туберкулеза	4	16,0	14	24,6	$\chi^2=0,743$, $p=0,389$ $F=0,877$, $p=0,289$
Наличие грубого неврологического дефицита (парезы, параличи)	3	12,0	25	43,9	$\chi^2=7,844$, $p=0,005$ $F=0,999$, $p=0,004$
Наличие натечного абсцесса	24	96,0	50	87,7	$\chi^2=1,353$, $p=0,245$ $F=0,954$, $p=0,0001$
Подтверждение туберкулезной этиологии заболевания по результатам морфологического исследования костного (биооптата)	15	60,0	37	64,9	$\chi^2=0,180$, $p=0,670$ $F=0,426$, $p=0,803$
Подтверждение туберкулезной этиологии заболевания по результатам бактериологического исследования материала из очага	3	12,0	11	19,3	$\chi^2=0,650$, $p=0,418$ $F=0,320$, $p=0,544$

воспаления: костного биоптата, натечных абсцессов					
Подтверждение туберкулезной этиологии заболевания по результатам бактериологического исследования материала из других биологических сред организма при сочетанных и генерализованных поражениях: мокрота, плевральный экссудат, моча	9	36	13	22,8	$\chi^2=1,54$, $p=0,215$ $F=0,166$, $p=0,279$
Подтверждение туберкулезной этиологии заболевания по результатам молекулярно-генетического исследования материала: костные биоптаты, мокрота, плевральный экссудат, моча	24	96,0	41	71,9	$\chi^2=6,13$, $p=0,013$ $F=0,009$, $p=0,016$

Ответственный за переписку:

Мамаева Людмила Алексеевна: тел.: (343) 333-44-41, e-mail:

lamamaeva@mail.ru