

УДК 616.711-002-06:616.98:578.828.6]-07-036.1

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СПОНДИЛИТА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Л.А. Мамаева

*Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии,
г. Екатеринбург, Россия*

PECULIARITIES OF REVEALING AND CLINICAL MANIFESTATIONS OF SPONDYLITIS IN HIV-INFECTED PATIENTS

L.A. Mamaeva

Ural Research Institute of Phthisiopulmonology, Ekaterinburg, Russian Federation

Цель. Определение особенностей выявления и клинических проявлений спондилита у больных ВИЧ-инфекцией

Материалы и методы. Проанализированы данные историй болезни 116 пациентов, госпитализированных в отделение костно-суставного туберкулеза клиники института.

Результаты. У больных спондилитом установлено сочетание ВИЧ-инфекции, 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 в результате применения 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.

Aim. To determine the peculiarities of revealing and clinical manifestations of spondylitis in HIV-infected patients.

Materials and methods. The case history data of 116 patients, hospitalized to the unit of surgical tuberculosis of the institute hospital, were analyzed.

Results. In the group of HIV-infected patients with spondylitis there prevailed parenteral narcomania, hepatitis C, staying at institutions of confinement in anamnesis, acute onset of disease, generalization of tuberculous process with specific etiology of spondylitis, not so often – developing congestive abscess and neurological deficit in the form of paresis and plegia. Tuberculous etiology of spondylitis associated with HIV-infection is more often confirmed by molecular-genetic method of study.

Conclusions. The obtained data can be used by physicians for a timely detection of tuberculous spondylitis at the earlier stage, chemotherapy and surgical treatment of patients.

Key words. Spondylitis, HIV-infection, tuberculosis.

ВВЕДЕНИЕ

В современный период в Российской Федерации отмечается ухудшение эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции за счет роста числа новых случаев, распространения ее за пределами наиболее уязвимых групп населения, а также высокого риска развития осложнений и смерти от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией [7].

Одним из таких патологических процессов, развивающихся 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, 8].

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы данные историй болезни 116 пациентов со спондилитом, госпитализированных в отделение для лечения больных костно-суставным туберкулезом клиники федерального государственного бюджетного учреждения «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федера-

ции (ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России) в течение 2009–2012 гг. Показанием для госпитализации пациентов в клинику ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России явилась невозможность определить этиологию спондилита клинкорентгенологическим методом и необходимость 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 (36 человек) вошли больные спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, во вторую – без ВИЧ-инфекции (80 человек). Сравнительный анализ осуществлялся по таким признакам, как наличие в анамнезе сопутствующих заболеваний (парентеральной наркомании, гепатита С), факт пребывания в местах лишения свободы, контакт с больными туберкулезом, а также острота начала болезни, локализация и распространенность поражения. Оценивались результаты проведенных с целью определения этиологии спондилита морфологического, бактериологического, молекулярно-генетического исследований, материалом для которых 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, рассчитывался χ^2 и критерий Фишера. По результатам оценки коэффициентов достоверными считались различия в сравниваемых группах при показателе уровня значимости менее 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ 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 – 2:1. Средний возраст больных спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией – $33,4 \pm 5,6$ г., на фоне отсутствия ВИЧ-инфекции – $43,3 \pm 4,8$ г.

Определено, что среди больных спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 8,1 раза 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 2 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 на фоне ее отсутствия не установлено.

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		χ^2 , 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	$\chi^2 = 9,368$, $p = 0,002$ $F = 0,002$, $p = 0,002$
Контакт с больным туберкулезом 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	$\chi^2 = 1,8643$, $p = 0,172$ $F = 0,2209$

Окончание табл. 1

Признак	Спондилит на фоне ВИЧ		Спондилит без ВИЧ		χ^2 , критерий Фишера
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Туберкулез других органов неактивный	0	0	2	3	$\chi^2 = 0,9154, p = 0,0339$ $F = 0,4738$
Отсутствие 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	$\chi^2 = 3,742, p = 0,05$ $F = 0,079, p = 0,88$

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 ($\chi^2 = 9,368, p = 0,002; F = 0,002, p = 0,002$) (см. табл. 1).

У всех больных спондилитами присутствовал болевой вертеброгенный синдром различной степени выраженности. У паци-

ентов, страдающих ВИЧ-инфекцией, достоверно реже (в 22,0 % случаев) наблюдался неврологический дефицит в виде пареза и пlegии (45,0 % случаев в группе больных спондилитом на фоне отсутствия ВИЧ-инфекции) ($\chi^2 = 5,471, p = 0,019; F = 0,995, p = 0,015$), см. 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).

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		χ^2 , критерий Фишера
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
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	$\chi^2 = 0,515, p = 0,473$ $F = 0,832, p = 0,322$

Окончание табл. 2

Признак	Туберкулезный спондилит на фоне ВИЧ-инфекции		Туберкулезный спондилит на фоне отсутствия ВИЧ-инфекции		χ^2 , критерий Фишера
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
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 биоптата	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 воспаления (костного биоптата, натечных абсцессов)	3	12,0	11	19,3	$\chi^2 = 0,650, p = 0,418$ $F = 0,320, p = 0,544$
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	$\chi^2 = 6,13, p = 0,013$ $F = 0,009, p = 0,016$

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

При оценке диагностической значимости морфологического и бактериологического методов исследования костных био-

птатов, а также другого биологического материала, использованных 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 отсутствия ВИЧ-инфекции соответственно ($\chi^2 = 6,13$, $p = 0,013$; $F = 0,009$, $p = 0,016$) (см. табл. 2).

Выводы

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 – генерализация туберкулезного процесса; осложнения в виде натечного абсцесса, неврологический дефицит в виде пареза и пlegии 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.

Библиографический список

1. Ашимов 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: 23–27.

3. Белиловский Е.М., Мушкин А.Ю., Першин А.А. Внегочный туберкулез в Российской Федерации: сопоставление некоторых официальных данных и результатов анкетного скрининга. Медицинский альянс 2013; 1: 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: 165.

5. Нечаева О.Б. Предварительные результаты эпидемиологических показателей по туберкулезу за 2015 год, available at: <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: 50–55.

7. Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу: распоряжение правительства Российской Федерации от 20 октября 2016 г. № 2203-р, available at: government.ru/docs/24983/

8. Подгаева В.А. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и деятельность противотуберкулезной службы на Урале в 2015 году. Под ред. С.Н. Скорнякова. Екатеринбург 2016; 421.

Материал поступил в редакцию 18.12.2016