

**Джуракулов Р.И. ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО МЕНИНГИТА В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ**  
СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

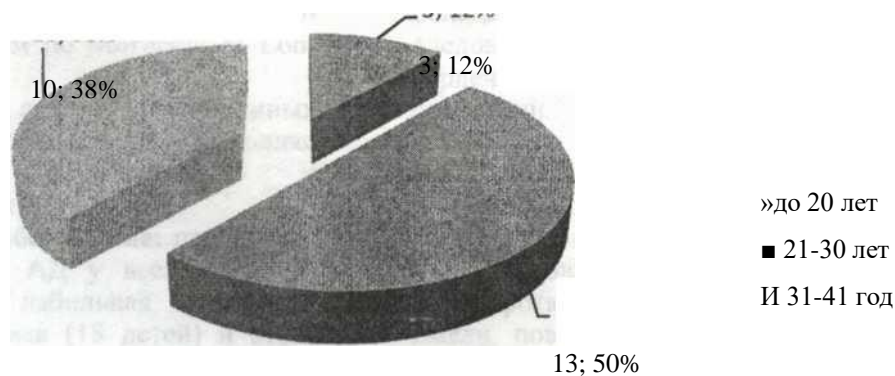
**Актуальность:** Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в настоящее время ухудшается во всем мире и характеризуется тенденцией к росту заболеваемости, увеличению частоты тяжелых остро прогрессирующих форм туберкулеза, в том числе, таких как, миллиарный туберкулез, генерализованные формы с поражением легких и внелегочных органов и систем (Сон И.М., 2000; Убайдуллаев А.М. 2005). В этих условиях значительно увеличилась частота больных с туберкулезным менингитом (Сафаров И.С. и соавт., 2005, Махаматов К.М., Мухтаров Д.З., 2006). Выслеживается склонность к нарастанию тяжелых и осложненных форм, сопровождающихся высокой летальностью. Данные литературы показывают, что удельный вес туберкулезного менингита среди выявленных случаев внелегочного туберкулеза составляет от 1,2% до 4% и более (Корнилова З.Х. и соавт., 2001; Герасимова М.М. и соавт, 2001; Махаматов К.М., 2007). Следует отметить, что в нашей стране достигнуты значительные успехи в исследовании лабораторной диагностики, клиники, патогенеза, лечения и профилактики туберкулезного менингита (Махаматов К.М., Мухтаров Д.З., 2006). Тем не менее, недостаточно данных о частоте встречаемости тех или иных форм туберкулезного менингита в Узбекистане, об эффективности лабораторной и клинической диагностики на ранних стадиях заболевания, что ведёт к большому проценту диагностических ошибок на догоспитальном этапе. До последнего времени проблема своевременного выявления ТМ остается недостаточно решенной, в связи, с чем среди госпитализированных преобладают

больные с запущенными процессами (Сафаров И.С. соавт. 2005). Сложности диагностики и лечения ТМ повышают в свою очередь удельный вес летальных исходов, который составляет от 18% до 50% (Махаматов К.М. 2000). Таким образом, изучение вышеуказанных проблем туберкулезного менингита является актуальным.

**Цель:** Изучение частоты, структуры и особенностей течения туберкулезного менингита в Самаркандской области за период с 2002 по 2012 год.

**Материалы и методы.** По Самаркандской области за период с 2002 по 2012 годы было зарегистрировано 26 случаев туберкулезного менингита. Возраст больных колебался от 14 до 41 лет. Всем больным были проведены дополнительные инструментальные методы обследования (эхоэнцефалография, электроэнцефалография). Исследовались все 12 пар черепно-мозговых нервов (ЧМН). Наряду с клиническими наблюдениями у всех больных проводилось общепринятое лабораторное обследование - общий анализ крови, кровь на «толстую каплю», биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ликвор на цитоз, бактериологические анализы крови и ликвора, а также по показаниям рентгенологическое, ультразвуковое и электрокардиографическое исследование.

**Результаты и их обсуждение.** Среди обследованных было 13 мужчин и 13 (50 %) женщин в возрасте от 14 до 41 лет. Самую многочисленную группу составляли больные в возрасте 21 год - до 30 лет (13 наблюдений - 50%), затем - от 31 года до 41 (10 наблюдений - 36%). В возрасте до 20 лет было 3 пациентов (14%).



Анализ историй болезней пролечившихся больных показал, что за период 2002 - 2010 г пик заболеваемости туберкулезным менингитом отмечался в 2009 году (9 случаев). У 15 (59%)

больных туберкулез был выявлен впервые, у 11 (41%) - туберкулёз был зарегистрирован повторно.

**Рисунок 2**



Из числа впервые выявленных больных у 13 (87%) наблюдалось сочетанное течение туберкулезного менингита с туберкулёзом других локализаций, а у 2 (13%) - изолированное течение менингита. Из числа больных, имеющих в анамнезе сведения о перенесенном туберкулёзе, у 10 (91%) наблюдалось сочетанное течение туберкулезного менингита с туберкулёзом других органов и систем, и у 1 (9%) - изолированное течение туберкулезного менингита.

У 15 (65%) больных туберкулезный менингит

развился на фоне следующих форм активного туберкулеза органов дыхания. Среди них инфильтративный туберкулез был у 1 (7%), диссеминированный - у 9 (60%), фиброзно-кавернозный - у 2 (13%), туберкулезный плеврит - у 4 (27%).

У 8 (35%) больных туберкулезный менингит сочетался с туберкулезным мезоаденитом - у 4 (50%), и туберкулезом периферических лимфатических узлов - у 4 (50%) больных.

**Сочетание туберкулезного менингита с туберкулезом легких**

Клинических форма туберкулеза легких	1 группа (впервые выявленные)	2 группа (состоявшие на учете)	Е
Диссеминированный	5	4	9
Инфильтративный	1	-	1
Фиброзно-кавернозный	1	1	2
Туберкулезный мезоаденит	2	2	4
Туберкулезный плеврит	1	2	3
Туберкулез периф. л/узлов	3	1	4
<b>Общий</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>23</b>

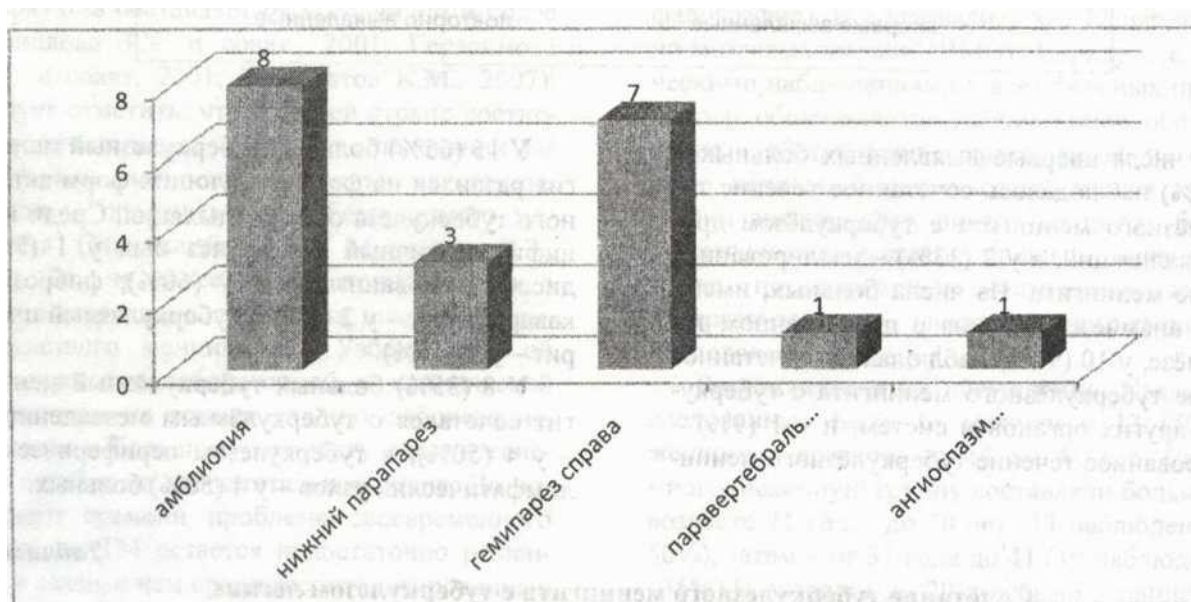
**Таблица 1**

Среди впервые выявленных больных изолированная форма туберкулезного менингита наблюдалась у 2 (13%), среди больных, имевших в анамнезе данные о лечении по поводу туберкулёза, изолированная форма туберкулезного менингита наблюдалась в 1 (9%) слу

чае. Наиболее постоянными симптомами при туберкулезном менингите были головная боль - 100%. тошнота и рвота - у 100%), ригидность мышц затылка 100% и симптом Кернига (болезненность и резкое сопротивление при разгибании голени в коленном суставе, предварительно установленном под прямым углом к бедру) 100%. В последние годы отмечается нарастание частоты, „ми степени выраженности головной боли, рвоты, ригидности затылочных мышц и симптома Кернига у взрослых больных туберкулезным менингитом. Симптом Брудзинского (верхний - при попытке наклонить голову к груди возникает сгибание конечностей в тазобедренных и коленных суставах; нижний - рефлекторное сгибание противоположной ноги при прижатии одного из бедер к животу) отмечали у 55% больных, а Кернига - у 86% больных. У 23 (87%) больных процесс сопровождался диссоциацией между пульсом и температурой, исчезновением сухожильных

рефлексов и появлением патологических рефлексов (Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Россолимо), вазомоторными расстройствами (поздний разлитой стойкий дермографизм и пятно Труссо). Общая гиперестезия и менингеальная поза встречаются относительно редко в начальном периоде заболевания взрослых, соответственно у 3 (13%) больных, а в терминальном состоянии у всех больных. В продромальном периоде туберкулезного менингита имели место явления астенического синдрома. Коматозное состояние наступало в терминальной стадии болезни. Амблиопия наблюдалась 8 (31%), парапарезы с нарушением функции тазовых органов у 3 (13%) больных, правосторонний гемипарез у 7 (28%), образование из шейного и грудного отдела спинного мозга с абсцессом и некрозом у 1 (5%), ангиоспазм сосудов сетчатки у 1 (5%), менингит протекал без осложнений у 5 (18%).

Рисунок 3



В последние годы наблюдается уменьшение частоты поражения органа зрения и степени выраженности глазодвигательных нарушений, вероятно, связано с тем, что больные в начальном периоде заболевания получали противотуберкулезные, дегидратирующие, десенсибилизирующие и гормональные препараты.

Ликвор исследован у 23 (90 %) больных менингитом на различных стадиях заболевания. Мы не установили зависимости между количеством белка и клеток с одной стороны и формой туберкулезного менингита, а также тяжестью заболевания, с другой. Более того, среди 3 (9%) больных туберкулезного менингита нормальные показатели ликвора. Мы не

обнаружили четкой корреляции между количеством сахара в ликворе и тяжестью состояния больных, а также формой заболевания, хотя в прежние годы этим показателям придавалось большое диагностическое и прогностическое значение. Вероятно, увеличение числа больных туберкулезным менингитом с нормальными показателями сахара в ликворе связано с изменениями вирулентных и патогенных свойств микобактерий туберкулеза, а также применением в начальном периоде заболевания противотуберкулезного препарата и стероидных гормонов. Следует подчеркнуть, что при исследовании ликвора больных туберкулезным менингитом необходимо изучать в динамике

комплекс показателей с обязательным их сопоставлением с клиникой заболевания. Отдельные же показатели ликвора не позволяют достоверно судить ни о характере заболевания, ни о степени активности и тяжести специфического процесса. Бактериоскопические исследования мокроты были проведены у 15 (65%) больных менингитом, спинномозговой жидкости - у 26 (100%) больных. В мокроте МБТ обнаружены у 7 (30%) больных, в спинномозговой жидкости у 3 (13%) больных (методом посева). Мокрота больных, у которых были обнаружены микобактерии туберкулеза, была дополнительно исследована методом посева, в результате которого у 4 (57%) обнаружено устойчивое к антибактериальным препаратам.

**Выводы.** Таким образом, пик заболеваемости туберкулёзным менингитом в Самаркандской области отмечался в 2009 году - 9 (35%) случаев. Заболеваемость туберкулёзным менингитом превалирует у лиц преимущественно молодого возраста с наличием множества сопутствующих заболеваний, имеющих сложные

материально - бытовые условия, а также ведущих асоциальный образ жизни. На основании изучения рентгенологических, клинических, бактериологических и микроскопических исследований, можно сделать вывод, что тяжелое течение заболевания часто обусловлено заражением лекарственно-устойчивыми формами микобактерий туберкулеза, недостаточностью профилактических мероприятий, поздней диагностикой, что зачастую приводит к прогрессирующему течению заболевания, неблагоприятному прогнозу и высокой летальности.

Повышение фтизиатрической настороженности врачей общей лечебной сети, инфекционистов, невропатологов, а также оснащение фтизиатрических клиник современным диагностическим оборудованием, вспомогательным инструментарием позволит своевременно диагностировать ТМ, проводить лечение на высоком уровне, что уменьшит инвалидность и летальность среди этой тяжелой группы больных.

#### Литература

1. Сил касплиги (Туберкулёз). Руководство для врачей и фтизиатров. - ФАН. - Ташкент. 2009. - С. 606.
2. Сафаров И.С. и соавт., 2005, Махаматов К.М., Мухтаров Д.З., Особенности течения туберкулёзного менингита в современных условиях. // Материалы VI съезда фтиз.и пульм.Узб. 2006.
3. Деконенко Е.П. Туберкулёз нервной системы. // Невролог, журнал. 2002. - №5. - Т.7. - с.4-9.
4. Корнилова З.Х., Герасимова М.М. и соавт., Руководство по внелёгочному туберкулёзу. 2001.
5. Сон И. М. Методика оценки эпидемиологических показателей по туберкулёзу и эффективности противотуберкулёзных мероприятий / И. М. Сон, В. И. Литвинов, В. И. Стародубов, П. П. Сельцовский // Проблемы туберкулёза. -2002. -№4. -С.55-63.
6. Дробот Н.Н. Туберкулёз центральной нервной системы у детей и подростков. // Усп. совр. естес.-2007.-№7.-С.Ю7.
7. Отчетные данные о состоянии противотуберкулёзной работы в Самаркандской области за период 2002-2012 годы.

#### **Ибрагимов Д.Д. К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ**

Кафедра стоматологии (зав. - Д.М.Н. Кубаев С.Э.)  
СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

**Актуальность проблемы.** Врожденные пороки челюстно-лицевой области в связи с их частотой, тяжестью анатомических и функциональных нарушений, трудностью социальной адаптации пациентов, экономическими аспектами являются одной из важнейших проблем медицины. Интерес к этой проблеме возрос после того, как была показана возможность реконструкций любых пороков в этой области и полной социальной адаптации больных (Асадуллина Г.А., 2006).

Врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН) составляют примерно 30% от всех врожденных аномалий развития человека. В отечественной и зарубежной литературе отмечается постоянный рост интереса к этому пороку развития. В некоторых странах их число довольно высоко. Частота ВРГН в странах СНГ колеблется от 0,7 до 1,5 на 1000, а в Юго-

Восточной Азии 5-7 на 1000 живорожденных детей.

В нашей Республике частота ВРГН составляет от 1 до 1,5 на 1000 живородившихся детей. По данным Скрининг центра Республики Узбекистан этот показатель постоянно растет. Врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН) составляют около 13% всех врожденных пороков развития человека (Белякова Ю.А., 1993). По данным ВОЗ, они встречаются в 0,6—1,6 случая на 1000 новорожденных, и число больных с этой патологией во всем мире постоянно увеличивается. В частности, в Беларуси в 1997—1998 гг. частота рождения детей с ВРГН составляла 1 случай на 752 новорожденных (Зорич М.Е., 2000), что в 1,63 раза больше, чем 15—20 лет назад (Абаимов О.И., 1985).