

Было установлено, что у 61,5% детей антибиотики назначаются ранее трех суток от начала заболевания, в 38,5% случаев - позднее трех суток.

Продолжительность курса антибиотика составляла до 5 дней у 19,2% пациентов, до 7 дней у 69,2% детей, до 10 дней у 11,6% заболевших.

Пробиотические препараты назначались в 33,3% случаев. С первого дня приема антибиотиков у 60,0% детей, в 40,0% случаев - после окончания курса антибиотика.

Длительность заболевания у больных, принимавших антибиотики среднем составляла 8-9 дней, без назначения антибиотиков 7-8 дней.

**Выводы:**

1. Число часто болеющих детей было меньше в I группе (до 1 года-9,0%.)

2. Дети III группы от 4 до 7 лет принимали антибиотики при ОРВИ в 60,0% случаев.

3. Антибиотики часто назначались при остром фарингите (44,5%) и остром необструктивном бронхите (87,5%).

4. Антибиотик назначался ранее трех суток от начала заболевания в 61,5% случаев, продолжительность приема до 7 дней отмечена у 69,2% детей.

5. Длительность заболевания на фоне приема антибиотиков (8-9 дней) и ОРВИ, протекающая без антибиотикотерапии (7-8 дней), в среднем одинаковая.

6. Пробиотики назначались детям в 60,0% с первого дня приема антибиотиков.

**Литература:**

1. Союз педиатров России и ассоциация медицинских обществ по качеству. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых респираторных заболеваний (ОРЗ); лечению пневмонии у детей. М., 2014 г. с.21

3. Баранов А.А. Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии // М. Гэотар-Медиа. 2-е изд. 2009

4. Gerber JS, Prasad PA, FiKs AG, et al. Effect of an Outpatient Antimicrobial Stewardship intervention on Broad-Spectrum Antibiotic Prescribing by Primary Care Pediatrician: A Randomized Trial. JAMA. 2013. P. 56-62.

5. Taipale T., Pienihäkkinen K., Isolauri E. et al. Bifidobacterium animalis subsp. lactis Bb-12 in reducing the risk of infections in infancy. Br J Nutr. 2010; 24: 1-7.

6. Thompson W.W. et al. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States // JAMA. 2003. Vol. 289 (2). P. 179-186.

УДК 616.711-002.5

**Г.Ш. Насибуллина, Ю.А.Емельянова, Е.В.Сабадаш  
ОСОБЕННОСТИ МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С  
ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ СПОНДИЛИТАМИ**

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии  
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**G. S. Nasibullina, J.A. Emelyanova, E.V.Sabadash**  
**FEATURES URINARY SYNDROME IN PATIENTS WITH**  
**TUBERCULOUS AND NONSPECIFIC SPONDYLITIS**

Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

**Контактный E-mail:** [nasibullina.gulshat@list.ru](mailto:nasibullina.gulshat@list.ru)

**Аннотация.** В статье рассмотрены особенности общего анализа мочи у пациентов с туберкулезным спондилитом, неспецифическим спондилитом и туберкулезным спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Произведена оценка мочевого синдрома у лиц данной патологии.

**Annotation.** The article describes the features of urinalysis in patients with tuberculous spondylitis, and non-specific spondylitis tuberculous spondylitis combined with HIV infection. The estimation of urinary symptoms in patients with this disease.

**Ключевые слова:** мочевого синдром, туберкулезный спондилит, неспецифический спондилит

**Keywords:** urinary syndrome, tuberculous spondylitis, nonspecific spondylitis

Спондилит объединяет группу хронических заболеваний позвоночника и суставов воспалительной этиологии, вызывающих снижение плотности костей и тяжелые костные деформации. В большинстве случаев спондилит является результатом туберкулезной инфекции, но также встречаются заболевания, вызванные остеомиелитом, сифилисом и другими первичными воспалительными очагами в организме [1].

Костно-суставной туберкулез относится к числу ведущих проблем фтизиатрии, в его структуре туберкулез позвоночника стабильно занимает первое место - от 45,2 до 82,4% [6]. Нарушение опорной функции позвоночного столба, формирование абсцессов, частота неврологических расстройств разной степени выраженности, запаздывание диагностики и адекватного лечения обуславливают тяжесть патологии и высокий уровень инвалидизации больных - от 40 до 50% [3]. Туберкулезный спондилит сравнительно недавно считали заболеванием в основном детей и подростков. На протяжении последних 20-30 лет произошло "постарение" туберкулезного спондилита что необходимо учитывать при обследовании пациентов пожилого и старческого возраста, жалующихся на длительную неопределенную по проявлениям болезненность позвоночника[4].

Неспецифический спондилит относится к редким заболеваниям позвоночника, но в последние годы отмечен рост клинических наблюдений данной патологии. В настоящее время заболеваемость неспецифическим спондилитом достигает 8% среди всех наблюдений воспаления опорно-двигательной системы. К неспецифическим спондилитам относят гнойные поражения позвоночника агноеродной флорой (гематогенный гнойный спондилит), а также ревматоидный спондилит [6].

Туберкулезный и неспецифический остеомиелит позвоночника в настоящее время остаются одними из самых тяжелых калечащих ортопедических заболеваний с высоким процентом инвалидности (до 85%) [2]. Пациенты, страдающие туберкулезным спондилитом, составляют от 53,7% до 80,7% среди инвалидов по костно-суставному туберкулезу. Больные с впервые выявленным туберкулезом позвоночника в 70% случаев пополняют ряды инвалидов I и II группы [5]. Неспецифический остеомиелит позвоночника составляет 1,54-2% всех случаев остеомиелитов, причем он является наиболее трудно диагностируемой и тяжело протекающей локализацией этого гнойного процесса [1].

**Цель исследования** – выявление особенностей мочевого синдрома у пациентов с туберкулезными и неспецифическими спондилитами.

#### **Материалы и методы исследования**

Нами проведен анализ 64 историй болезни пациентов с туберкулезными и неспецифическими спондилитами, все пациенты проходили лечение в костном отделении Уральского НИИ Фтизиопульмонологии г. Екатеринбург в 2015г. Метод работы с пациентами включал изучение жалоб пациентов, анамнеза развития заболевания и жизни, данных лабораторных исследований. Проведен сравнительный анализ полученных результатов у пациентов с туберкулезным спондилитом, неспецифическим спондилитом, туберкулезным спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Excel.

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

Средний возраст пациентов варьировал от 19 до 74 лет и составлял 38,4. Среди них 67,7% составили мужчины и 32,3% женщины. У 51,5% пациентов выявлена сопутствующая патология - гепатит С.

У пациентов с туберкулезным спондилитом лейкоцитурия отмечена в 60,8% случаев, гематурия в 34,7%, протеинурия в 47,8%. Сочетание всех признаков выявлено в 26% случаев.

У пациентов с туберкулезным спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией лейкоцитурия отмечена в 69,5% случаев, гематурия в 65,2%, протеинурия в 34,7%. Сочетание всех признаков выявлено в 30,4%.

У пациентов с неспецифическим спондилитом лейкоцитурия отмечена в 84,2%, гематурия в 52,6%, протеинурия 44,4% случаев. Сочетание всех признаков выявлено в 44,4% случаев.

Бактериурия при туберкулезном спондилите выявлена в 43,4%, при неспецифическом спондилите в 42,1% и при туберкулезном спондилите в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 39,1%.

Кетоновые тела в моче при туберкулезном спондилите выявлена в 17,3% , при неспецифическом спондилите не выявлены и при туберкулезном спондилите в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 4,3%.

Эпителий в моче при туберкулезном спондилите выявлена в 60,8%, при неспецифическом спондилите в 68,4% и при туберкулезном спондилите в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 65,2%.

**Выводы:**

1. Мочевой синдром наиболее выражен у пациентов с неспецифическим спондилитом (в 44,45% случаев).

2. Проводимая терапия у пациентов с туберкулезным спондилитом и туберкулезным спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией не влияет на выраженность мочевого синдрома.

3. Иммуносупрессивное состояние у пациентов с туберкулезным спондилитом и туберкулезным спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией не влияет на выраженность мочевого синдрома.

4. Выраженность мочевого синдрома при туберкулезном спондилите и туберкулезном спондилите в сочетании с ВИЧ-инфекцией не имеет значительных различий.

5. Группа пациентов с неспецифическим спондилитом подлежит дополнительному обследованию для выявления нарушений уродинамики.

6. Выраженность бактериурии, кетоновых тел, эпителия в моче во всех исследуемых группах пациентов варьировала в незначительной степени.

**Литература:**

1. Ардашев И.П., Плотников Г.А., Григорук А.А. и др. Остеомиелит позвоночника // Вестник травматологии и ортопедии.- 2001.- №1.- С. 11-16

2. Ахметов А.А., Аманжолова Л.К., Туткышбаев С.О. Диагностика и лечение туберкулезного спондилита, осложненного спинальными нарушениями // Проблемы туберкулеза. -2000.-№3.-С.35-37.

3. Беллендир Э.Н. Значение внелегочных локализаций туберкулеза для современной фтизиатрии // Пробл. туберкулеза.-2001.-№6.- С.47-48.

4. Левашев Ю.Н., Гарбуз А.Е. Внелегочный туберкулез // Пробл. туберкулеза.-2001.-№4.-С. 4-6.

5. Петров И.Н., И.М. Исмаилов, Г.К. Гусейнов, 1977; В.Н. Лавров с соавт., 2001 С.57-65

6. Тиходеев С.А. Спинномозговые расстройства при туберкулезе и остеомиелите позвоночника и их хирургическое лечение // Пробл. туберкулеза.- 1988.-Ш2.-С. 39-42.