

*Алиев С.А., Алишеров А.Ш., Кожомкулов Дж.К., Абдиев М.Дж.*

## МЕТОДИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ КОКСИТОМ

*Aliev S.A., Alisherov A.Sh., Kozhomkulov Dzh.K., Abdiev M.Dzh.*

## METHODS AND EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH TUBERCULOSES COXITIS

*Работа посвящена разработке и внедрению модифицированного доступа к тазобедренному суставу с применением краткосрочных курсов химиотерапии. Проведенное исследование показало, что ранние хирургические вмешательства с применением модифицированного доступа Олье у впервые выявленных больных с кокситом на фоне краткосрочных интенсивных курсов химиотерапии позволяют достичь хороших результатов*

**Ключевые слова:** коксит, туберкулез, химиотерапия, хирургическое лечение.

*The work is devoted to working out and introduction of modifying access to coxotemoral joint with the use of short term courses of chemotherapy. Carried out investigations showed that early surgical operations with the use of no defying access in patients with coxitis revealing for the background of short term intensive courses of chemotherapy permit to achieve good results.*

**Key words:** coxitis, tuberculosis, chemotherapy, surgical treatment.

### Введение

В глобальной проблеме туберкулеза проблема внелегочных локализаций постоянно находились как бы в тени из-за сравнительно низких эпидпоказателей заболеваемости и болезненности.

В период роста заболеваемости туберкулезом в Республике Кыргызстан особую актуальность приобретает проблема диагностики и эффективности лечения костно-суставной форм туберкулеза.

Костно-суставной туберкулез остается одним из наиболее тяжелых социально-значимых заболеваний, которое нередко приводит к выраженным нарушениям функций опорно-двигательного аппарата и значительной инвалидизации больных (1). Данная форма туберкулеза отличается тяжелым течением заболевания и трудно поддается лечению (Хоменко А.Г. 1992, Гарбуз А.Е. 1998).

Сложность проблемы КСТ заключается в трудности его диагностики, недостаточной информированности об особенностях патологии и достижениях фтизиатрии в этой области, а также полной неосведомленности врачей общей лечебной сети.

Хирургия костно-суставного туберкулеза (КСТ) становится наше время одной из наиболее волнующих и актуальных проблем, требующей углубленного изучения и правильного практического решения выдвигаемых вопросов как организационном, так и лечебно-методическом отношении. При этом изыскания, разработка и проверка новых методов должны

сочетаться с овладением совершенствованием испытанных старых классических способов.

В последние годы в структуре заболеваемости внелегочным туберкулезом регистрируется не только рост число случаев КСТ и частоты впервые выявленных запущенных и осложненных его форм, но и общей лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза МБТ и при КСТ. Так по данным А.В.Василева, если общая лекарственная устойчивость МБТ при КСТ в 1984-1988 гг. составила 39,8%, то 1995-19998 гг. оно увеличивалось до 65,1%. В связи с этим особую актуальность приобретает своевременность и полнота хирургического лечения в комплексной реабилитации больных костно-суставным туберкулезом. Успех лечения больных КСТ, в особенности тяжелых и осложненных его форм, целиком зависит от рационального сочетания радикальных операций и многокомпонентного медикаментозного лечения.

Противотуберкулезное химиотерапевтическое лечение приобретает все большее значение при лечении костно-суставного туберкулеза.

Наиболее эффективная схема химиотерапии должна включать сочетания препаратов способных подавить все фракции МБТ с учетом лекарственной устойчивости. Именно по такому принципу строится современная химиотерапия туберкулеза ( Хоменко А. Г. 1996г., Богадельникова И. В и др соавт 1998г).

Излечение больных костно-суставным туберкулезом может быть успешно разрешено на основе современных достижений оперативного лечения на фоне специфической антибактериальной терапии.

Туберкулезный коксит составляет 21-25% туберкулезных заболеваний костей и суставов и занимает одно из ведущих мест. Туберкулезное поражение тазобедренного сустава одно из традиционных проблем фтизиоортопедии, приводящим к значительным анатомо-функциональным нарушениям тазобедренного сустава, влекущим за собой социально-бытовую ущербность больного вплоть до наступление инвалидности. За последние годы, в связи с совершенствованием методов диагностики, применением антибиотиков и химиопрепаратов появился ряд работ, посвященных комплексному лечению туберкулезного коксита. С момента добавления к комплексу лечения больных костно-суставным туберкулезом антибиотиков и химиопрепаратов открылась новая эра в лечение этого заболевания. По данным Хохлова Д.К (1956), в

случаях, когда оперативное вмешательство предпринимается в разгар болезни сращение костных поверхностей после резекции и заполнение оперативных дефектов остеогенной тканью может, совсем не наступит (2).

Наибольшее значение имеет химиотерапия сочетание с хирургическим вмешательством, когда оно применяется в предоперационном периоде, во время и после операции. Радикальное комплексное лечение туберкулезного коксита в настоящее время получило всеобщее признание (3).

**Цель:** Изучить методику и эффективность комплексного лечения туберкулезного коксита.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были изучены результаты комплексного лечения 80 впервые выявленных больных туберкулезом тазобедренного сустава, которые находились на стационарном лечении в костно-хирургическом отделении Национального центра фтизиатрии. Больные были разделены на две группы.

1 – основную группу составили 40 больных, которые оперировались по модифицированному нами доступу Олье (в настоящее время оформляется заявка на патент по модифицированному нами доступу Олье к тазобедренному суставу при туберкулезе) и получили лечение по краткосрочной химиотерапии. Из них 24 больных получили лечение по 111 категории DOTS, включающей комбинацию изониазид, рифампицин и пипразинамид, а остальные 16 – в связи сочетанным туберкулезным процессом получили лечение по 1 категории изониазид, рифампицин, пипразинамид и стрептомицин или этambutol. В случаях распространенных и осложненных форм туберкулезного коксита и при оперативном вмешательстве на тазобедренном суставе интенсивную фазу химиотерапии продлевали дополнительно на 1 месяц.

2 – контрольную группу составили также 40 больных, оперированных по переднему доступу Смитт – Петерсона, которым проводилось традиционная химиотерапия рассчитанной на 12-18 месяцев.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди находившихся под наблюдением больных мужчины в исследуемой группе составили 27 человек, женщины - 13, соответственно в контрольной группе мужчин было – 18, женщин – 22 человек. На приложенном таблице обращает на себя внимания преобладания больных в возрасте от 3 до 50 лет в обеих группах (80% и 70% соответственно). По половому признаку лиц мужского пола значительно больше среди больных основной группы 67,5% по сравнению с токовыми в контрольной 45,0%. Проанализировав таблицу №1 мы пришли к выводу, что

туберкулезное поражение тазобедренного сустава идет в сторону омоложения и сохраняется тенденция заболеваемости туберкулезом тазобедренного сустава наиболее трудоспособного возраста.

Таблица 1  
Распределение больных туберкулезным кокситом по полу и возрасту

Группа больных	Пол	Возраст					Всего		
		до 20	21-30	31-40	41-53	51-60	более 60	абс.	%
Основная группа	М	12	1	7	3	3	1	27	67,5
	Ж	3	2	2	2	3	1	13	32,5
	абс.	15	3	9	5	6	2	40	100
	%	37,5	7,5	22,5	12,5	15	5	40	100
Контрольная группа	М	4	2	4	3	2	3	18	45
	Ж	5	1	5	4	3	4	22	55
	абс.	9	3	9	7	5	7	40	100
	%	22,5	7,5	22,5	17,5	12,5	17,5	40	100

Необходимо сказать, что для больных в исследуемых группах оперативное вмешательство являлось основным методом лечения, который должен был обеспечить благоприятный исход туберкулеза и восстановление утраченной трудоспособности пациентов из-за болезни. Поэтому больным перед операцией проводилась предоперационная химиотерапия с целью стабилизации туберкулезного процесса и уменьшения перифокального воспаления в зоне поражения. Длительность предоперационного лечения при туберкулезе тазобедренного сустава зависело от общего состояния больных, характера течения патологического процесса, сопутствующих туберкулезу заболеваний и эффективности проводимой специфической химиотерапии.

Таблица 2  
Распределение больных туберкулезом тазобедренного сустава в зависимости от длительности предоперационной химиотерапии в группах

Группы больных	Длительность предоперационной химиотерапии								Всего	
	1 мес.		2 мес.		3 мес.		более 3 мес.		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
1 группа основная	17	42,5	17	42,5	5	12,5	1	2,5	40	100
2 группа контр-я	8	20,0	10	25,0	16	40,0	6	15	40	100

Как видно из представленной таблицы, большинству больных основной группы (85%) предоперационная химиотерапия проводилась в течении 1-2 месяцев, тогда как в контрольной почти половина (55%) больных получили курс химиотерапии 3 и более месяцев.

Хирургический метод считается ведущим в лечении туберкулеза тазобедренного сустава (4). Радикальные операции обеспечивают излечение костнотуберкулезных очагов, улучшают или стабилизируют функциональные результаты (5). Различными авторами предложено большое число доступов к тазобедренному суставу.

До того времени при хирургическом лечении туберкулеза тазобедренного сустава использовался передний доступ Смитт-Петерсона. У этого доступа есть свои положительные и отрицательные стороны. Отрицательные стороны: во-первых, длинный разрез кожи, во – вторых, рассекаются передние группы мышц бедра, в – третьих, рассечение внутренней огибающей бедренную кость артерии, которая кровоснабжает головку, шейку бедра и вертлужную впадину, в – четвертых, большая травматичность. Учитывая все выше сказанное, нами было разработан видоизмененный доступ Олье к тазобедренному суставу. Этот доступ при туберкулезе тазобедренного сустава оказался менее пригодным как более травматичный, а у детей он недопустим.

При модифицированном доступе мы не отсекаем передние группы мышц бедра, которые входят крупные сосуды ветви огибающую бедренную кость артерию кровоснабжающую вертлужную впадину, головку и шейку бедра. Преимущества разработанного доступа является малая травматичность, быстрота, удобство наложение большой коксидной гипсовой повязки и вследствие этого, хорошая заживляемость раны.

Таблица 3

**Сравнительные показатели комплексных методов лечения туберкулеза тазобедренного сустава в группах**

Группа	Койко-дней в предоперационном периоде	Койко-дней в стационарном периоде	Длительность операции в часах	Кол-во кровопотери во время операции в мл
1 группа	30 – 40 дней	110	1 ч. 30 мин	350,0 мл
2 группа	60 – 70 дней	160	2 ч. 30 мин	900,0 мл

Как видно из таблицы 3 применение ранних оперативных вмешательств на фоне химиотерапии, привело к уменьшению предоперационного периода от 30 – 40 койко-дней в основной группе против 60-70 койко-дней в контрольной и, следовательно, сокращению среднего пребывания больных в стационаре 110 койко-дней в основной группе против 160 койко-дней в контрольной.

Таким образом, использование интенсивной химиотерапии в комплексном лечении больных туберкулезом кокситом позволяет сократить срок пребывания в стационаре на 50 дней. Учитывая, что в среднем 1 день пребывания больного в стационаре обходится 110 сом. Это позволит экономии при излечение каждого больного в среднем более 8 – 9 тысяч сомов без ущерба для его здоровья и с

хорошими клиническими результатами, что является существенным вкладом для здравоохранение.

При сравнительном анализе модифициро-ван-ного нами доступа к тазобедренному суставу Олье и доступа Смитт-Петерсону получили следующее: кровопотери во время операции значительно меньше среди больных основной группе по сравнению с токовыми контрольной (350,0 и 900,0 соответственно группам); сокращение длительности операционного времени (1 час 30 мин, против 2 часа 30 мин), и сроки пребывания больного в стационаре (110 дней против 160 дней).

С применением модифицированного доступа Олье на фоне химиотерапии, мы достигли сокращения операционного времени, уменьшения кровопотери во время операции, и при этом наступало быстрое заживление ран, что привело к сокращению сроков пребывания больного в стационаре.

Большинство больных в основной группе выписаны с хорошими непосредственными результатами через 2-4 месяца с момента операции. Показаниям для выписки больных служили общее хорошее самочувствие, положительные сдвиги в клинико-биохимических анализах, на контрольных Р-граммах оперированного сустава- отсутствие свежих очагов деструкции, репарация костной ткани, полное образования анкилоза.

Таким образом, эффективность комплексного подхода в лечении туберкулезного коксита составило 97,5% в основной группе и 70,5% в контрольной.

**ВЫВОДЫ**

Проведенные исследования показали, что ранние хирургические вмешательства с применением модифицированного доступа Олье у впервые выявленных больных с кокситом на фоне краткосрочных интенсивных курсов химиотерапии позволяют достичь хороших результатов.

Краткосрочные схемы интенсивной химиотерапии оказались более эффективными при лечении больных внелегочными формами туберкулеза по сравнению с традиционными.

Сокращение сроков пребывания больных в стационаре позволяют получить экономию более 8 – 9 тысяч сомов при лечении каждого больного.

С применением модифицированного доступа Олье на фоне краткосрочных курсов химиотерапии мы достигли сокращения операционного времени, уменьшения кровопотери во время операции и при этом наступило быстрое заживление ран, что привело к сокращению сроков пребывания больного в стационаре.

**Литература:**

1. Корнев П. Г. Хирургия костно-суставного туберкулеза. М. 1971; (2); С. 162-291.
2. Маленков И. Ю. Травматология и ортопедия. Россия. 1995; (6): 58-61.
3. Корнев П. Г. Хирургия костно-суставного туберкулеза. Москва. 1971(1): С. 47-82.
4. Бараш Л. И. Клиника, диагностика и хирургическое лечение очаговых форм костно-суставного туберкулеза: Автореф. Дис. Д-ра мед. наук: Минск, 1983.
5. Ровинский М.С. Проблемы туберкулеза 1981: (1): 37-40.