

УДК 616.12:616.34-008.87

Султонов Голибжон Иномиддинович

*Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, микробиологии,
иммунологии и вирусологии*

Андижанский государственный медицинский институт

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ИХ ЖИЗНИ

Резюме: Туберкулезный спондилоартрит - это хроническое инфекционное заболевание позвоночника, при котором нарушаются функции поврежденных позвонков и развивается болевой синдром. Это заболевание характерно для населения развивающихся стран Азии и Африки и в основном поражает детей и подростков. У взрослых патология встречается крайне редко и практически отсутствует среди населения Европы и США. Заболевание провоцируется возбудителем туберкулеза — палочкой Коха, которая попадает в позвоночник с током крови из первичного очага. В этой статье рассматривается хирургическое лечение туберкулезного спондилита, возникающего у пациентов, и меры, направленные на улучшение качества их жизни.

Ключевые слова: туберкулёзный спондилит, хирургическое лечение, инфекция.

Sultonov Golibjon Inomiddinovich

Department of Phthisiology and Pulmonology, Microbiology,

Immunology and Virology

Andijan State Medical Institute

SURGICAL TREATMENT OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS AND IMPROVEMENT OF THEIR QUALITY OF LIFE

Resume: Tuberculous spondyloarthritis is a chronic infectious disease of the spine, in which the functions of damaged vertebrae are disrupted and pain syndrome develops. This disease is characteristic of the population of

developing countries in Asia and Africa and mainly affects children and adolescents. In adults, pathology is extremely rare and practically absent among the population of Europe and the USA. The disease is provoked by the causative agent of tuberculosis — Koch's wand, which enters the spine with blood flow from the primary focus. This article discusses the surgical treatment of tuberculous spondylitis that occurs in patients and measures aimed at improving their quality of life.

Keywords: tuberculous spondylitis, surgical treatment, infection.

Актуальность. Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, характеризующееся многообразием клинических проявлений. Статистические показатели за 2012 г. свидетельствуют об улучшении эпидемической ситуации по туберкулезу в РФ в сравнении с 2011 г.: регистрируемая заболеваемость туберкулезом снизилась на 6,7% и составила 68,1 на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости внелегочным туберкулезом (ВТ) в 1992-2001 гг. оставался стабильным, составляя 3,3-3,5 на 100 тысяч населения. С 2003 г. заболеваемость ВТ ежегодно уменьшалась и достигла 2,2 на 100 тысяч населения в 2012 г. На фоне снижения показателей заболеваемости доля впервые выявленных больных с поражением костей и суставов, составлявшая 23,1% в структуре ВТ в 1995-2006 гг. [30], с 2010 г. увеличилась до 33,1% и впервые превысила таковую при других локализациях ВТ [4]. Вместе с тем отмечен рост частоты лекарственной устойчивости (включая множественную лекарственную устойчивость, МЛУ) возбудителя ВТ: с 39,4 % в 1984-1998 гг. [5] до 59,3% в 2007 г. [1]. В последние годы среди впервые выявленных пациентов значительно увеличилась доля больных КСТ (до 87%) диагностированных на поздних сроках заболевания [1]. В США в структуре костно-суставного туберкулеза (КСТ) до 60% составляет туберкулезный спондилит (ТС), который характеризуется

мультифокальными поражениями позвоночника и генерализацией процесса [3], высокой частотой поздних осложнений (абсцессы, свищи, деформации позвоночника, неврологические нарушения) - до 80% и инвалидизацией до 70-90% больных [5]. При этом характеристике особенностей биологических свойств возбудителя КСТ посвящены единичные исследования на незначительных выборках [4].

Диагностика КСТ и ТС, в частности, основывается на двух базовых блоках: клинико-рентгенологических данных и данных лабораторных исследований. Клинико-рентгенологические исследования являются наиболее доступными и широко применяются в мире, являясь основой для установления диагноза КСТ. Данные КТ и МРТ позволяют при высокой квалификации врача достаточно четко дифференцировать туберкулезный спондилит от спондилита другой инфекционной природы [2]. Верифицированный (доказанный) диагноз КСТ базируется на данных бактериологического и гистологического исследования патологического материала [3]. Классический гистологический метод исследования требует большого профессионального опыта. Туберкулез является типичным представителем гранулематозных болезней, поэтому наличие хорошо сформированных эпителиоидных гранулем, казеозного некроза и детекция этиологического агента в препарате для микроскопии, окрашенном по Цилю-Нильсену, являются обязательными для постановки диагноза «туберкулезный спондилит» [3]. По данным зарубежных авторов верификация диагноза гистологическими методами составляет от 28,6% до 60 % [4]. При этом отмечено, что при ВТ в биопсийных слайдах из очага деструкции количество гранулем может быть значительно меньше, чем при туберкулезе легких [5]. Все больше появляется сообщений об отсутствии классической морфологической картины туберкулезного бугорка при иммуносупрессивных состояниях больного и при наличии ко-инфекции в очаге [2].

Цель исследования Повысить эффективность хирургической и патогенетической терапии с учетом соматико - функциональных нарушений у больных туберкулезным спондилитом.

Материал и методы исследования. Обследовано 50 пациентов со сложными формами впервые выявленного туберкулеза позвоночника. Продолжительность заболевания составляла от 3 месяцев до 1,5 лет.

Результаты исследования. Методы и материалы исследования: Обследовано 50 пациентов со сложными формами впервые выявленного туберкулеза позвоночника. Продолжительность заболевания составляла от 3 месяцев до 1,5 лет. Среди проверенных гендерные показатели проявлялись в доминировании женщин – 51,8% (n=57), мужчин - 48,1% (n=53). Возраст пациентов составляет от 18 до 69 лет, в среднем 38,4 +1,0 года. До 20 лет -27,2% (n=30), от 21 до 40 лет – 31,8% (n=35), от 41 до 60 лет -28,1% (n=31), старше 60 лет -12,7% (n=14). при анализе возрастного состава этой группы пациентов было установлено, что часто регистрируются пациенты в возрасте от 30 до 45 лет. В зависимости от времени оперативных вмешательств пациенты были разделены на 2 группы: 1 (основная) группа из 65 (59,0%) пациентов, операция была проведена в первые 6 месяцев с момента выявления заболевания. В этой группе комбинированная имплантация шунта (кейдж + аутокост) составила. 2 (контрольная) группа – 45 (40,9%), выполненная на поздних сроках, до 1,5 лет после обнаружения операции. Аутооттрансплантация шунта составила: - у 25 пациентов - кусочек бокового крыла, - у 20 пациентов - ребро. Всем пациентам были проведены рентгеновская томография, МРТ, МСКТ пораженного позвоночника, ультразвуковое исследование и функциональное обследование внутренних органов, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Локализация определенного процесса в позвоночнике: в шейном отделе в 1-й группе 5 (7,6%) пациентов, во 2-й группе 3 (6,6%), в грудном отделе в 1-й группе 20

(30,7%), во 2-й группе 12 (27,6%) пациентов, в груднопоясничном отделе: в 1-й группе 19 (20,9%) пациентов и в группе 2 15 (33,3%) 28,8%), в пояснично-крестцовой области в группе 1-7 (10,7%) и в группе 2-2 (4,4%) пациентов. У пациентов со сложными формами туберкулеза позвоночника было выявлено 4 варианта функциональных нарушений с учетом клинического синдрома. (Денисов М. Ю. 2005). У пациентов основной группы эквивалентом боли было чувство дискомфорта в эпигастрии. Пациентам часто было трудно точно определить боль. При туберкулезном спондилите, осложненном заболеваниями позвоночника и сдавлением позвоночника, повышается порог чувствительности чувствительных к боли висцеральных рецепторов, угнетается моторная функция кишечника. Боль возникала в верхней части живота, чаще в эпигастрии, иногда в околопупочной области. У 57 (51,8%) пациентов беспокоила постоянная волдырчатая боль, интенсивность менялась в среднем – у 8 (14,0%), умеренная – у 6 (10,5%): у 4 (7,0%) пациентов боль носила острый или колющий характер. У 12 (21,0%) пациентов была зафиксирована четкая связь боли с приемом пищи, причем ранняя боль у 4 (33,3%) из них, поздняя боль у 3 (25,0%) и их сочетание у 5 (41,6%). 9 (15,7%) пациенты жаловались на голодные боли, из которых 3 (33,3%) – ночью. Появление боли не было связано с приемом пищи у 6 (10,5%) пациентов. У 11 (19,2%) пациентов наблюдался диспепсический синдром: плохой аппетит, тошнота, учащенное сердцебиение, отрыжка, метеоризм и боль в эпигастрии.

Вывод. В данном исследовании применяли единый способ преаналитической обработки операционного материала больных ТС. Этот способ отличался от стандартного метода двумя параметрами:

1) исключением этапа деконтаминации, при котором рекомендовано использование раствора Mucoprep NALC_NaOH,

2) многократностью отмывания исследуемого материала фосфатным буфером с целью уменьшения влияния ингибиторов крови на обнаружение *M. tuberculosis* с помощью флуоресценции в системе ВАСТЕС MGIT 960.

Для бактериологического и молекулярно-генетического исследований использовали полученный после обработки пробы осадок. При этом доля контаминированных посевов была невелика и составила 3,9%. При посеве легочного материала доля контаминированных проб, по данным литературы, может достигать 16,7%.

Согласно рекомендациям Центра контроля и профилактики заболеваний (CDC, США), при использовании плотных сред максимально допустимый уровень контаминации составляет 5%+ 2%, для жидкой среды – от 3% до 8%

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеева, Г.И. Оптимизация микробиологической диагностики туберкулеза. Особенности эпидемического процесса туберкулеза в Республике Саха (Якутия): автореф. дисс. ... докт. мед. наук : 03.00.07 / Галина Ивановна Алексеева. - М., 2010. – 27 с.

2. Вязовая, А.А. Генотипы штаммов *Mycobacterium tuberculosis* с множественной лекарственной устойчивостью / А.А. Вязовая, И.В. Мокроусов, Д.А. Старкова, Т.Ф. Оттен, Б.И. Вишневский, О.В. Нарвская // Матер. Всерос. науч.-практич. конф. «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб. - 2011. – С. 157-158.

3. Олейник, В.В. Туберкулез позвоночного столба / В.В. Олейник, В.Н. Гусева, Н.А. Советова // Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу; под ред. Ю.Н. Левашева, Ю.М. Репина. – СПб.: ЭЛБИ-СПб. – 2008. – Гл.10. - С.273- 283.

4. Цибикина, Э.Б. Оценка достоверности показателей заболеваемости туберкулезом легких / Э.Б. Цибикина, И.М. Сон // Туберкулез и болезни легких – 2010. - № 4. – С. 3-9.

5. Sun, J.R. Detecting Mycobacterium tuberculosis in Bactec MGIT 960 cultures by inhouse IS6110-based PCR assay in routine clinical practice / J.R. Sun, S.Y. Lee, C.L. Perng, J.J. Lu // J. Formos. Med. Assoc. - 2009. - 108, № 2.- P.-119-125.