

Г. Г. Голка

**КОСТНО-СУСТАВНОЇ ТУБЕРКУЛЁЗ — АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕННЯ***Областная туберкулёзная больница, г. Харьков*

В условиях современной эпидемической обстановки в Украине костно-суставной туберкулёз (КСТ) занимает первое место в структуре заболеваемости и болезненности внелёгочным туберкулёзом, а на долю внелёгочных локализаций в структуре общей заболеваемости туберкулёзом приходится 10,6 % [5]. В месте с тем, удельный вес внелёгочного туберкулёза в высокоразвитых странах составляет от 1/4 (Австрия, Германия, Швейцария) до 1/3 (США) и даже 1/2 (Канада) среди всех выявленных случаев туберкулёза.

Эти данные, а также данные, содержащиеся в работах отечественных и российских учёных, свидетельствуют о том, что у нас значительное количество больных внелёгочным туберкулёзом не выявляется [2, 3, 6]. Причина этого — недостаточное знание врачами общелечебной сети вопросов диагностики внелёгочного туберкулёза, недоучет случаев внелёгочных локализаций туберкулёза при сочетании их с туберкулёзом органов дыхания, нехватка и низкая квалификация специалистов по внелёгочному туберкулёзу.

Проблемы внелёгочных форм туберкулёза, в том числе вопросы специфического поражения опорно-двигательного аппарата, практически лишены должного внимания, хотя эти формы заболевания и являются составной частью общезфтизиатрической проблемы [1].

В нашей стране отсутствует научно-методический центр по координации вопросов лечебно-диагностической работы при туберкулёзных заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Крайне недостаточно в специальной литературе публикаций по данному разделу медицины. Вопросы диагностики и лечения туберкулёза костей и суставов во многих профильных лечебных учреждениях Украины решаются на уровне развития медицины периода 60-х годов. В 9 областях Украины не проводится хирургическое лечение костно-суставного туберкулёза. Туберкулёз опорно-двигательного аппарата в современных условиях, как правило, в большей половине случаев выявляется в запущенной стадии и имеет распространенный и осложнённый характер. Активное и своевременное распознавание туберкулёза представляет значительные трудности для большинства специалистов общей лечебной сети. В связи с этим выход на инвалидность среди взятых на диспансерный учёт колеблется по различным локализациям от 20 до 70 %. Кроме того, отсутствие на местах квалифицированных специалистов по КСТ затрудняет не только раннюю диагностику, но и тактику дальнейшего квалифицированного лечения выявленного КСТ.

Туберкулезное заболевание костей и суставов является следствием лимфогематогенной диссеминации и возникает в любом возрасте, не исключая раннего и пожилого. По современным представлениям, рассеивание туберкулезной инфекции в организме по кровеносным и лимфатическим путям происходит, главным образом, в период формирования первичного комплекса в легких. Вместе с тем, каждый туберкулезный очаг, независимо от его ло-

кализации, может стать источником этого рассеивания [1, 2, 3].

КСТ, как правило, начинается с поражения красного костного мозга; некроз, разрушение и рассасывание трабекулярной системы костной ткани происходит вторично. Поэтому первичный остит обычно локализуется в костях скелета, состоящих из губчатой костной ткани — в эпиметафизарных отделах трубчатых костей, телах позвонков, костях таза, кисти, стопы. Причем наблюдается определенная пропорциональность в соотношениях губчатой ткани, приходящейся на отдельные части скелета и частоты поражения их туберкулезом. Так, на долю позвоночника (спондилит) приходится примерно 40 % КСТ, тазобедренного сустава (коксит) — 20–25 %, коленного сустава (гонит) — 15 %; далее идет туберкулез плечевого (омартрит), голеностопного, локтевого, лучезапястного суставов, редко — костей стопы, кисти, челюстей, ребер.

Преимуществом локализаций первичных поражений в губчатом веществе суставных концов костей и телах позвонков объясняется повышенной чувствительностью ретикуло-эндотелиальных элементов красного костного мозга и обилием его кровоснабжения. Причем в современных условиях, благодаря патоморфозу туберкулеза, все большее значение приобретают нетипичные формы заболеваний, основным патогенетическим фактором которых является параспецифическое воспаление. Эти заболевания имеют безусловно специфическую туберкулезную этиологию, но при этом характеризуются неспецифическими по морфологической картине проявлениями и отличаются сложностью диагностики и требуют применения современных методов верификации диагноза.

Одним из важнейших условий эффективности лечения туберкулеза костей и суставов является своевременная диагностика начальных форм специфических поражений. В настоящее время, благодаря наличию большого арсенала противотуберкулезных средств и применению оперативных вмешательств, рано выявленные и правильно распознанные формы заболевания могут быть так же рано и успешно излечены [2, 4].

Большинство врачей в больницах и поликлиниках считает, что туберкулез — это дело фтизиатров. Однако основная масса больных КСТ в первую очередь обращается к специалистам общей лечебной сети, а не в противотуберкулезный диспансер. Поэтому именно врачи общего профиля должны владеть диагностическим минимумом, заподозрить туберкулез опорно-двигательного аппарата и направить пациента к соответствующему специалисту. В связи с этим становится очевидной актуальность проведения занятий по костно-суставному туберкулезу на циклах усовершенствования всех врачей, осуществляющих первичный прием больных.

По нашим данным, диагностика КСТ происходит в основном по обращаемости (до 90 % случаев), в остальном это случайные находки при рентгенологическом обследовании и хирургическом лечении в ортопедических и нейрохирургических отделениях.

В Харьковской области специализированная медицинская помощь больным со специфическими пора-

женнями опорно-двигательного аппарата осуществляется в отделении костно-суставного туберкулёза областной туберкулёзной больницы, которая является клинической базой кафедры травматологии и вертебралогии ХМАПО, где начата подготовка врачей специалистов по КСТ.

В отделении проходят лечение больные как с активными формами (в среднем 50 % от состава больных), так и с затихшими формами. Эти больные проходят реабилитационное, противорецидивное лечение, получают ортопедические пособия, реабилитацию перед МСЕК.

В процессе диагностики используются клиничко-рентгенологические, лабораторные методы. Поскольку туберкулёз — это заболевание, требующее активного диагностического поиска на ранних стадиях развития, большой удельный вес в диагностической работе в последние годы приобретают углублённые методы рентгенодиагностики — компьютерная, магнито-резонансная томография, позволяющие своевременно выявлять деструктивные изменения, не обнаруживаемые при стандартном рентгенологическом исследовании. Широко применяются методы серологической диагностики — иммуноферментный анализ и полимеразная цепная реакция.

В затруднительных случаях используются патоморфологический метод диагностики с применением открытых, пункционных или трепанобиопсий.

В связи с тем, что большая часть больных очень поздно обращается за медицинской помощью необходимо ставить вопрос не столько о раннем, сколько об активном выявлении КСТ. Врачи отделения оказывают методическую помощь фтизиатрам и врачам общей лечебной сети по созданию групп риска по этим заболеваниям.

На наш взгляд, к группе риска туберкулёза костей и суставов относятся больные, обратившиеся к врачам общей лечебной сети (хирургам, нейрохирургам, ортопедам-травматологам, невропатологам, ревматологам и др.) и состоящие на учете по поводу деформирующих артрозов, хронических рецидивирующих артритов, полиартритов, синовитов, остеомиелитов, нетипичных опухолей суставов, больные с длительно незаживающими рецидивирующими язвами и свищами.

К группе риска туберкулёза позвоночника относятся все больные, уже состоящие на учете в поликлиниках и впервые обратившиеся, страдающие болями и нарушениями функций позвоночника с диагнозами: опухоли позвоночника, остеохондрозы, спондилиты, спондилезы, миозиты, а также при синдромах, связанных с рефлекторным нарушением функций внутренних органов неясной этиологии.

Для своевременного выявления или исключения туберкулёзной природы заболевания, каждый больной из указанной группы, особенно с атипичным течением заболевания и недостаточной эффективностью лечения, должен быть обследован с учетом характерных особенностей клиники туберкулёза костей и суставов.

Подход к лечению больных индивидуальный, в зависимости от степени поражения, общего состояния и динамики процесса. Основной принцип лечения — химиотерапия в сочетании с оперативным лечением — санлирующе-стабилизирующими операциями на фоне дезинтоксикационной, иммуностимулирующей терапии. Консервативное лечение костно-суставного туберкулёза сводится к длительной комплексной антибактериальной терапии, использованию ортопедических мероприятий,

симптоматического лечения. Всем пациентам с впервые выявленным активным процессом назначается комбинация из 3–5 препаратов с учётом противопоказаний, как общесоматических, так и обусловленных интоксикационным синдромом, являющимся проявлением основного заболевания или прочих привычных интоксикаций (медикаментозной, алкогольной, наркоманической). Дезинтоксикационная терапия, в зависимости от тяжести течения, проводится на протяжении первых 1–2 месяцев лечения.

В отделении, наряду с консервативными методами, широко применяются хирургические методы лечения. Важно отметить, что значение хирургического метода лечения возрастает в связи с увеличением числа запущенных случаев заболеваний, вызванных устойчивыми штаммами микобактерий.

Вопрос о необходимости, виде и объеме хирургического вмешательства при туберкулёзе костей и суставов, в том числе и туберкулёзном спондилите, решается через 1–2 месяца комплексного лечения 3–5 антибактериальными препаратами и патогенетической терапии, когда наступает ограничение патологического процесса и на рентгенограммах четче обозначаются границы деструкции. Характер и объем хирургических вмешательств при спондилите зависят от распространенности процесса, сопутствующих осложнений, степени нарушения опороспособности и деформации позвоночника, возраста больного и других обстоятельств. Основная суть их — в экономном удалении пораженных туберкулёзом отделов тел позвонков (некрэктомия или резекция), абсцессотомии, фистулотомии и в большинстве случаев замещении образовавшегося дефекта керамическими имплантатами или аутоотрансплантатами из ребра или подвздошной кости.

Ввиду преобладания в структуре поступивших в отделение больных с запущенными и осложненными формами поражений крупных суставов, за последние 7 лет значительно увеличился удельный вес артрорезирующих операций (резекций суставов) в связи с невозможностью выполнения мобилизирующих оперативных вмешательств у этой категории пациентов.

Важно отметить, что в отделении внедрены и применяются новые перспективные методы хирургического лечения, такие как использование керамических имплантантов при замещении костных дефектов, применение стержневых аппаратов внешней фиксации при артрорезирующих операциях на крупных суставах, региональная специфическая инфузионная терапия при поражениях нижних конечностей, малоинвазивные оперативные вмешательства при туберкулёзных спондилитах [4].

Но для решения вопросов оказания квалифицированной медицинской помощи больным со специфическими поражениями опорно-двигательного аппарата в должном объеме на стационарном этапе целесообразно отделению придать статус межобластного, дооснастить современной диагностической аппаратурой, что позволит сосредоточить профильных больных из близлежащих регионов и оказывать им адекватную медицинскую помощь.

Таким образом, помощь больным туберкулёзом опорно-двигательного аппарата является проблемой всей системы здравоохранения. Она имеет решение лишь при условии наличия эффективной работы всех трёх звеньев системы, поскольку налаживание работы только в отдельном звене, к сожалению, не приводит к желаемому результату.

При возобновлении достаточного финансирования здравоохранения и медицинской науки с целью оказания эффективной помощи больным КСТ необходимо, на наш взгляд, осуществлять в первую очередь следующие мероприятия:

создать в Украине один национальный научно-практический центр по оказанию медицинской помощи больным с костно-суставным туберкулёзом и несколько региональных центров;

восстановить ранее эффективную систему оказания помощи больным костно-суставным туберкулёзом, состоящую из трёх звеньев: учреждения общей лечебной сети — противотуберкулёзные диспансеры — специализированные учреждения;

продолжить научные исследования по созданию новых методов диагностики и лечения, изучению эпидемиологии и патогенеза заболевания;

шире использовать возможности кафедры травматологии и вертебралогии ХМАПО по подготовке кадров врачей-специалистов по костно-суставному туберкулёзу;

издать методические рекомендации по диагностике и лечению специфических поражений опорно-двигательного аппарата для врачей общелечебной сети и фтизиатров.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беллендир Э. Н. Костно-суставной туберкулёз: современные аспекты // Травматология и ортопедия России. — 1995. — N 6. — С. 7–13.
2. Васильев А. В. // Внегочный туберкулёз актуал. пробл. здравоохранения: Тр. Всерос. науч. -практ. конф. — Санкт-Петербург., 1997. — С. 10–11.
3. Гарбуз А. Е. // Внегочный туберкулёз актуал. пробл. здравоохранения: Тр. Всерос. науч. -практ. конф. — Санкт-Петербург, 1997. — С. 11–12.
4. Грунтовский Г. Х., Голка Г. Г., Танцура А. В. Внегочный туберкулёз // Пробл. туберкулёза. — 1998. — N 5. — С. 34–37.
5. Порівняльні дані про розповсюдженість туберкульозу та ефективність діяльності протитуберкульозних закладів України за 2000-2001 р. / АМН України та інш. — Київ, 2002. — 27 с.
6. Фещенко Ю. І., Ільницький І. Г., Мельник В. М., Панасюк О. В. Туберкулёз позалегової локалізації. — Київ: Логос, 1998. — 378 с.

### КОСТНО-СУСТАВНОЇ ТУБЕРКУЛЁЗ — АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕННЯ

Г. Г. Голка

Резюме

В статье представлен опыт оказания специализированной медпомощи в костно-туберкулезном отделении Харьковской областной туберкулезной больницы. Приведено описание системы организации лечения больных с костно-суставным туберкулезом. Сформулированы рекомендации, направленные на улучшение этого вида специализированной медпомощи населению.

### TUBERCULOSIS OF BONES AND JOINTS — ACTUAL PROBLEM OF HEALTHCARE SYSTEM

G. G. Golka

Summary

The article presents the experience of rendering of healthcare at the department of tuberculosis of bones and joints of Kharkov area tuberculosis hospital. The system of healthcare organization and is described. The recommendations, aimed on improvement of this kind of specialized medical service, have been formulated.