

УДК 616.711-002.5:616.98:578.82НIV

Е.Г. Гуренко<sup>1</sup>, Е.А. Охонько<sup>2</sup>, А.А. Пузик<sup>1</sup>.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

<sup>1</sup> ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,<sup>2</sup> Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ ДНР, г. Донецк

**Резюме.** Ежегодно в ДНР регистрируется около двух тысяч новых случаев ВИЧ-инфекции. Наиболее часто встречаются туберкулез лимфатической системы, костей и суставов, мочеполовой системы. Трудность своевременной диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных во многом обусловлена скудной клинической картиной и стертой течением воспалительного процесса вследствие иммунодефицита. Были проанализированы результаты лечения 110 ВИЧ-инфицированных больных с активными формами костно-суставного туберкулеза. Нами были получены неудовлетворительные результаты лечения туберкулезного поражения позвоночника без хирургического вмешательства. Даже при проведении адекватной специфической терапии зачастую не удавалось остановить или отграничить воспаление у 66,6% больных. Спустя некоторое время появлялись очаги отсева, милиаризация туберкулеза, а нарастание интоксикации приводило к летальному исходу. Даже после купирования процесса больные оставались прикованными к постели и нуждались в постоянном уходе. Хирургическое вмешательство является тактикой выбора в лечении туберкулезных спондилитов. Хорошие и удовлетворительные результаты у оперированных больных достигнуты в 93,6% случаев, которые заключались в восстановлении функции позвоночника, конечностей и тазовых органов у оперированных больных.

**Ключевые слова:** туберкулезный спондилит, ВИЧ-инфицированные

**Актуальность работы.** По данным Республиканской клинической туберкулезной больницы МЗ ДНР риск развития туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц в республике составляет от 27% до 32%. Согласно статистическим данным до 10,2% случаев туберкулеза у ВИЧ-инфицированных приходится на внелегочные формы [2, 3]. Наиболее часто встречаются туберкулез лимфатической системы, костей и суставов, мочеполовой системы [4].

Трудность своевременной диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных во многом обусловлена скудной клинической картиной и стертой течением воспалительного процесса вследствие иммунодефицита. При прогрессировании спондилита происходит сужение спинно-

мозгового канала. Жалобы пациентов зависят от уровня и выраженности стеноза — от легкого пареза до полного паралича конечностей и внутренних органов. Благополучный исход в этом случае зависит от своевременного и адекватного лечения [1].

**Цель исследования:** установить особенности лечения туберкулезного спондилита на фоне ВИЧ-инфекции.

**Материал и методы исследований.** Были проанализированы результаты лечения 110 ВИЧ-инфицированных больных с активными формами костно-суставного туберкулеза, которые находились на стационарном лечении в отделении внелегочных форм туберкулеза РКТБ МЗ ДНР с 2014 г. по 2020 г. включительно.

Средний возраст пациентов составил 58 лет, мужчин было 80%. Уровень CD4-лимфоцитов находился в диапазоне от 49 до 834 кл/мкл.

Давность туберкулеза варьировала от 2 месяцев до 1 года, предварительный диагноз устанавливали на основании анамнеза, клинической картины, данных рентгенографии, магнитно-резонансной томографии (МРТ) пораженного отдела позвоночника.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что наиболее тяжелым как по клиническим проявлениям, так и по степени утраты трудоспособности являлось туберкулезное поражение позвоночника, которое занимало 55% (62 случая) среди всех форм костно-суставного туберкулеза. 58 (64,5%) больных поступали в стационар уже с выраженными нарушениями статико-динамической функции позвоночника, неврологическими расстройствами. Чаще поражался грудной отдел позвоночника 69,4% (43 пациента)  $p < 0,05$ .

Тяжесть общего состояния больных также зависела от степени угнетения иммунитета. Уровень CD<sub>4</sub>-лимфоцитов находился в диапазоне от 49 до 834 кл/мкл.

С 2014 по 2020 гг. было прооперировано 54 ВИЧ-инфицированных больных с туберкулезными спондилитами. Оперативное лечение состояло из одного или двух этапов. Это зависело от степени поражения позвонков и спинного мозга, выраженности экссудативного компонента.

Нами были получены неудовлетворительные результаты лечения туберкулезного поражения позвоночника без хирургического вмешательства. Даже при проведении адекватной специфической терапии зачастую не удавалось остановить или отграничить воспаление (36 человек — 66,6%), появлялись очаги отсева, милиаризация туберкулеза, а нарастание интоксикации приводило к летальному исходу. Даже после купирования процесса больные оставались прикованными к постели и нуждались в постоянном уходе.

Более обнадеживающие результаты были получены при проведении оперативного лечения, которое условно разделяли на санирующую и стабилизирующую составляющие. Первый этап оперативного лечения заключался в удалении некротизированных тканей, восстановления проходимости спинномозгового канала. Санированная полость обрабатывалась растворами антисептиков, стрептомицином. Для 30% больных этого было достаточно, чтобы получить положительный клиничко-рентгенологический эффект и восстановление нарушенных функций.

При необходимости выполнялся второй этап операции — передний, задний или комбинированный металлоспондилодез пораженного отдела позвоночника. Методика комбинированного спондилодеза заключается в использовании скоб, обладающих эффектом опорного пористого трансплантата из никелида титана.

Секвестры и пораженные мягкие ткани отправлялись на гистологическое исследование, экссудативный компонент исследовался на наличие МБТ и определение чувствительности возбудителя к противотуберкулезным препаратам. Все больные находились на противотуберкулезной терапии препаратами первой линии до получения данных о чувствительности МБТ к ПТП.

Интраоперационно и в остром послеоперационном периоде проводили антибиотикотерапию препаратами широкого спектра действия.

В послеоперационном периоде больным также проводили консервативную терапию, включающую сосудистые, противоотечные препараты, эндотелиопротекторы, донаторы аминокислот, витамины, низкомолекулярные гепарины, препараты кальция и стронция. В послеоперационном периоде начиналась постепенная активизация больного в корсете. В зависимости от возраста пациента, давности стеноза позвоночника, функция конечностей и тазовых органов восстанавливалась в разные сроки.

В результате лечения опорная функция позвоночника, функции конечностей и тазовых органов у оперированных больных восстановилась в 100% случаев. У 54 (87,1%) больных результат лечения оценивался, как хороший, у 4 (6,5%) больных — удовлетворительный и неудовлетворительные результаты получены в 4 (6,4%) случаях. В 8 (12,8%) случаях восстановление спинного мозга длилось больше 2 месяцев, что и стало причиной неблагоприятного исхода.

**Выводы.** Туберкулезные спондилиты составляют более 55% случаев внелегочного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных.

Хирургическое вмешательство является тактикой выбора в лечении туберкулезных спондилитов.

Консервативная терапия без хирургического вмешательства не дает положительного эффекта в 66,6% случаев, в связи с чем тактикой выбора является комбинированное лечение с применением оперативного вмешательства.

Хорошие и удовлетворительные результаты у оперированных больных достигнуты в 93,6% случаев, которые заключались в восстановлении функции позвоночника, конечностей и тазовых органов у оперированных больных.

*E.G. Gurenko, E.A. Okhonko, A.A. Puzik*

#### **PECULIARITIES OF THE TREATMENT OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS IN HIV-INFECTED PEOPLE**

**Summary.** Each year around two thousand new cases of HIV infection are registered in Donetsk People's Republic. Tuberculosis of the lymphatic system, bones and joints, and urogenital system are the most frequent ones. The difficulty of timely diagnosis of tuberculosis in HIV-infected patients is largely due to the poor clinical picture and the blurred course of the inflammatory process due to immunodeficiency. The results of treatment of 110 HIV-infected patients with forms of osteoarticular tuberculosis were analyzed. We have obtained unsatisfactory results in treatment of tuberculous lesions of the spine without surgical involvement. Even with adequate specific therapy, it

was often impossible to stop or delimit inflammation in 66.6% of patients. After a while, foci of screening, miliary tuberculosis appeared, and the increase of intoxication led to death. Even after the process had subsided, the patients remained bedridden and required constant care. Surgical intervention is the proper choice in the treatment of tuberculous spondylitis. Good and satisfactory results in the operated patients were obtained in 93,6% of cases consisting in restoration of the spine, limbs and pelvic organs functions.

**Keywords:** tuberculous spondylitis, HIV-infected patients

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьян В.В., Данильченко А.А., Тагунова Т.В., Жук И.И., Цибанов А.Г. Комбинированный декомпрессивно-стабилизирующий спондилодез после неэффективного спондилодеза аутортрансплантантом при туберкулезном спондилите «Хирургия позвоночника». 2005 (1):122-124.
2. Куклин Дмитрий Владимирович. Задняя инструментальная фиксация в хирургическом лечении туберкулезного спондилита и остеомиелита тел позвонков. 111с, 2008 г., Москва.
3. Николаева О.Д. Внелегочной туберкулез у ВИЧ-инфицированных. Туберкулез. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. №3(10). 2012 г.
4. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боли в спине и конечностях. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под редакцией Н.Н. Яхно. – М., 2005, том 2, с. 306–331.

УДК 61 1.736/.95: 617.55-089: 572.511 (083.)

Ю.Г. Луценко, В.Б. Ахрамеев, А.Б. Матийцев, М.В. Слаблук, И.С. Карабак

## ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ РЯН МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

**Реферат.** Проанализированы результаты лечения 102 пациентов с избыточной массой тела на фоне сахарного диабета с гнойно-некротическими ранами мягких тканей. Установлено, что у данной категории больных, особенно в сочетании с сахарным диабетом, течение гнойно-некротических процессов мягких тканей более тяжелое, замаскированное и они нуждаются в индивидуальном подходе с использованием наряду с традиционными методами диагностики ультразвукового исследования.

**Ключевые слова:** гнойные раны, избыточная масса тела, сахарный диабет

**Актуальность.** Лечение гнойно-некротических процессов мягких тканей у больных сахарным диабетом – актуальная проблема современной хирургии [1, 2]. Сопутствующая избыточная масса тела или ожирение служат обременительными в течении болезни и лечении пациента факторами [1, 5]. При наличии ожирения у пациентов происходят заметны изменения в иммунологическом состоянии, нарушается иммунный ответ организма на патогенный фактор [5]. Но сочетание ожирения и диабета становится еще более взаимообременительным, что ухудшает течение гнойно-некротических процессов в таких больных [1, 5].

На современном этапе развития диабетологии ожирение признано важнейшим фактором риска возникновения сахарного диабета (СД) 2 типа подтверждается наличием ожирения у 80–90% пациентов с СД 2 типа [2, 5]. Взаимосвязь ожирения с нарушением обмена глюкозы, артериальной гипертензией и гиперлипидемией позволил G. Reaven в

1988 году объединить эти состояния в один патологический процесс — метаболический синдром («синдром X», «смертельный квартет»), частота которого в общей популяции колеблется от 14 до 24% [6, 7, 8]. Все это заставляет вести активный поиск новых методов диагностики и лечения гнойно-некротических процессов мягких тканей у пациентов с избыточной массой тела на фоне СД.

**Цель работы:** улучшить результаты лечения гнойно-некротических ран мягких тканей у пациентов сахарным диабетом с избыточной массой тела.

**Материал и методы исследований.** Под нашим наблюдением находились 102 пациента с гнойно-некротическими процессами мягких тканей, которые проходили лечение в хирургическом отделении Дорожной клинической больницы на ст. Донецк с 2017 по 2020 гг. Больные были разделены на 4 группы: 1-ю группу составили 34 пациента с нормальной и избыточной массой тела (индекс массы тела (ИМТ) до 29,9), 2-ю группу — 19 человек с ожирением I степени (ИМТ=30,0–34,9), в 3-ю и в 4-ю группу соответственно вошло 18 больных со II степени (ИМТ=35,0–39,9) и 31 — с III (ИМТ=40,0 и выше) степенью ожирения. Средний возраст пациентов: 1-я группа — (46,56±10,45) лет; 2-я группа — (42,95±8,00) года; 3-я группа — (43,22±7,85) года и 4-я группа — (53,97±8,65) года (p<0,01).