

# ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ АРТРОЛИЗ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНОГО АРТРОФИБРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

СЕРДОБИНЦЕВ М. С., ТИТОВ А. Г., КАФТЫРЕВ А. С., БЕРДЕС А. И.

## ENDOVideosURGERY ARTHROLYSIS IN THE TREATMENT OF POST-TUBERCULOUS FIBROSIS OF KNEE JOINT

SERDOBINCEV M. S., TITOV A. G., KAFTYREV A. S., BERDES A. I.

ФГБУ «СПб НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, RF

Посттуберкулезный артрофиброз коленного сустава (ПТАКС) – результат туберкулезного прогрессирующего гонита, проявляющийся болевым синдромом и резким ограничением движений в суставе. Применяемый при этом артролиз артротомическим доступом предполагает рассечение капсулы сустава на большом (10-15 см) протяжении, что негативно отражается на ранней реабилитации, сопровождается выраженными болями, увеличивает сроки лечения. В общей ортопедии широко используют метод артроскопической коррекции артрофиброза, позволяющий обеспечить малую травматичность и кратковременность функциональной реабилитации. Показания к артроскопической хирургии при септическом артрите, как правило, индивидуальные. Некоторые указывают на высокую эффективность редрессации сустава или *manipulation under anesthesia* (MUA) по увеличению амплитуды движения и низкой частоте ее осложнений. В то же время есть данные о том, что подтверждены функциональная результативность артроскопического артролиза и плохие результаты MUA.

**Цель:** сравнительный анализ результатов артроскопического и традиционного артротомического методов хирургического лечения ПТАКС.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения ПТАКС у 21 больного, находившегося в клиниках ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России в 2004-2012 гг. В 1-ю группу включены 12 пациентов, которым выполнен артроскопический артролиз по оригинальной методике (патент 2204339 РФ) с использованием видеосистемы Aescular. У 9 больных использовали артротомический доступ (2-я группа). Исследуемые группы репрезентативны по полу, возрасту, длительности заболевания пациентов. Критерии включения: ограничение подвижности в коленном суставе (КС) при отсутствии деструктивных изменений в костях, требующих некрэтомии и пластики дефектов. Класс доказательности – III. Учитывали длительность оперативного вмешательства (часы); интраоперационную кровопотерю (мл); функциональное состояние сустава по показателю Insall J. N. (1989) (баллы); частоту

послеоперационных осложнений; продолжительность послеоперационного стационарного лечения (сутки); развитие дегенеративно-дистрофических изменений в КС; рецидив его контрактуры; качество жизни пациента по системе Lequesne M. (1987) (баллы). Оценку ближайших результатов лечения проводили у всех пациентов к исходу 2-2,5 мес., отдаленных – через 1,5 года и более после операции. Отдаленные результаты изучены у 11 (91,7%) больных 1-й группы и у 7 пациентов (77,8%) 2-й. Статистическую обработку данных проводили при помощи стандартного пакета программ SPSS 8,0 for Windows на персональном компьютере при помощи теста сравнения независимых переменных Манна – Уитни.

**Результаты.** Продолжительность операции у больных 1-й группы колебалась от 0,67 до 2,33 ч при медиане 1,45 ч, во 2-й группе аналогичные показатели составили 1,0; 3,85 и 2,0 ч ( $p < 0,05$ ). Интраоперационная кровопотеря у больных 1-й группы регистрировалась на уровне от 0 до 455,0 мл (медиана – 35,0 мл), у пациентов 2-й группы – от 100,0 до 1350,0 мл (медиана – 450,0 мл,  $p = 0,007$ ). Показатель Insall J. N. в обеих группах до операции статистически значимого различия не имел ( $p = 0,91$ ). После хирургического лечения функциональная состоятельность оперированного сустава у больных 1-й группы была достоверно выше, чем 2-й ( $p = 0,003$ ). Ранние послеоперационные осложнения наблюдали у 3 (25,0%) больных 1-й группы и у 3 (33,3%) – 2-й группы. Больные 1-й группы находились в клинике после операции в течение  $21,4 \pm 3,8$  сут, 2-й группы –  $44,2 \pm 5,1$  сут ( $p = 0,002$ ). В отдаленном периоде (в 1-й группе – через 48,4 мес., а во 2-й группе – через 55,2 мес.) у всех больных выявлены дегенеративно-дистрофические изменения в оперированных суставах, случаев обострения туберкулезного процесса не отмечено. Близкий к норме показатель высоты суставной щели чаще встречался в группе артроскопических операций (50,0 и 22,2% соответственно,  $p < 0,05$ ). Частота рецидива контрактур КС: у больных 1-й группы – 25,0%, 2-й группы – 55,6% ( $p < 0,05$ ). Индекс Lequesne M, как интегральный показатель уровня качества жизни



оперированных, был выше у больных после артротомических доступов (8,4 балла против 6,0 у больных 1-й группы).

**Заключение.** Артроскопический артролиз при ПТАКС по сравнению с результатами аналогичного вмешательства, выполненного открытым

артротомическим доступом, имеет определенные преимущества в виде меньшей продолжительности вмешательства и кровопотери, характеризуется более высокими функциональными результатами, которые сохраняются и в отдаленные сроки при более высоком качестве жизни оперированных.

---

## БАРЬЕРЫ В ДОСТУПЕ К ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИИ

СИДОРЕНКО Н. Ю.<sup>1</sup>, ЕВДОКИМОВА И. А.<sup>1</sup>, ХАРЧЕНКО М. К.<sup>2</sup>

### BARRIERS TO ACCESSING TREATMENT OF TUBERCULOSIS FROM THE POINT OF VIEW OF HIV-INFECTED PATIENTS IN RUSSIA

SIDORENKO N. YU.<sup>1</sup>, EVDOKIMOVA I. A.<sup>1</sup>, KHARCHENKO M. K.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Некоммерческое партнерство «Е.В.А.», г. Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Евразийская Сеть Снижения Вреда, г. Вильнюс

<sup>1</sup>E.V.A. Non-Governmental Organization, St. Petersburg, RF

<sup>2</sup>Eurasion Net of Harm Reduction, Vilnius, Lithuania

---

**Цель:** определение барьеров в доступе к лечению и профилактике туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 150 пациентов, живущих с ВИЧ, имеющих опыт лечения туберкулеза. Исследование проводили в четырех городах России – Екатеринбурге, Санкт-Петербурге, Калининграде и Набережных Челнах. Данные регионы были отобраны с учетом эпидемиологической ситуации, показателей заболеваемости и смертности среди пациентов с ТБ/ВИЧ, а также наличия активистов, заинтересованных в данной деятельности, на момент проведения исследования (2013 г.).

В анкетировании приняли участие пациенты, проходившие лечение туберкулеза на момент опроса. Анкетирование выполнено с использованием опросника. Проведены полуструктурированные интервью с 22 пациентами, имеющими перерывы в лечении туберкулеза.

**Результаты.** Основным источником данных для выявления барьеров в ходе лечения был анкетный опрос пациентов, из которых: 57,8% на момент исследования находились на стационарном лечении, и 42,2% – на амбулаторном. Половозрастные характеристики: 60,2% – мужчины, 39,8% – женщины, средний возраст пациентов составил 34,3 года.

#### Диагностика туберкулеза

Крайне низкий уровень информированности о туберкулезе среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ): практически все пациенты сообщили, что не имели никаких сведений о туберкулезе до того, как он был у них обнаружен.

Низкая степень раннего выявления туберкулеза и неэффективный скрининг: более 80% пациентов, у которых был обнаружен туберкулез, знали о своем положительном ВИЧ-статусе, и состояли на учете в СПИД-центре. Однако у большинства из них туберкулез был выявлен в связи с резким ухудшением состояния, а не в результате скрининга.

#### Лечение туберкулеза

*Отсутствие психологической поддержки и социальной помощи в ходе лечения*

Более 60% пациентов, участвовавших в исследовании, назвали одиночество и депрессию серьезной проблемой в ходе лечения. Среди других трудностей в лечении туберкулеза респонденты назвали: конфликты с другими пациентами – 75,8%, конфликты с персоналом – 37,5%. Эти барьеры настолько значимы, что часто приводят к досрочной выписке пациентов и прерыванию лечения, так как в амбулаторную службу пациенты обращаются лишь после некоторого перерыва.

*Отсутствие наркологической помощи в противотуберкулезных стационарах*

Об употреблении психоактивных веществ (ПАВ) в процессе лечения сообщили 64% респондентов: опиаты синтетического происхождения – 44,9% и алкоголь – 58,9%. Значительное большинство респондентов, сообщивших об употреблении ПАВ, находились на стационарном лечении. Респонденты, употребляющие инъекционные наркотики в стационаре, как правило, были выписаны за нарушение режима и в связи с этим прервали лечение. Употребление ПАВ назвали причиной прерывания лечения 16 человек, или 28% от всех