АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОСТИТА У ДЕТЕЙ.

Левицкий А.Ф.[1] , Кисель Н.П.[2]

Национальный медицинский университет им. акад. А.А.Богомольца, г. Киев

Национальная детская специализированная больница «Охматдет», г. Киев, Украина.

Цель: показать эффективность хирургической санации туберкулезного очага в костях с одномоментно-последовательной пластикой костного дефекта.

Материалы и методы: в отделении гнойной хирургии НДСБ «Охматдет» в 2005-12 г.г. оперировано 120 детей с туберкулезными оститами: от 1 года до 3 лет –103, старше 3 лет - 17. Локализация: позвонки – 13, грудина – 10, ребро -5, бедренная кость – 30, большеберцовая – 19, мало-берцовая – 4, кости стопы – 18, плечевая – 10, локтевая – 5, лучевая – 6. Больным проводилось клинико-лабораторное обследование, включая определение суммарных антител и ПЦР к микобактериям туберкулеза в крови и из костного очага. Диагноз подтвержден гистологически: гранулематозное воспаление, некроз и гигантские многоядерные клетки Пирогова-Лангханса. Выполнялась рентгенографии в двух проекциях, КТ и МРТ.

Среди 120 оперированных детей у 26 вскрыты натечные абсцессы, внесуставная некрсеквестрэктомия – у 54, некрсеквестрэктомия с пластикой дефекта костным блоком «Тутопласт» - у 40. При тубспондилите оперативное лечение этапное: санация патологического очага с одномоментной пластикой костным блоком «Тутопласт» и дальнейшей стабилизацией позвоночника задней инструментацией с применением кейджей.

Послеоперационная иммобилизация конечности или нахождение в гипсовой кроватке при спондилите до 6 месяцев.

Специфическая антибактериальная терапия проводилась длительно.

Контрольное рентгенологическое исследование проводилось через 2 недели после операции, затем через 3,6,12,18,24 месяца.

Результаты: в 40 случаях проведения одномоментно-последовательной пластики дефекта кости в первично инфицированной ране отторжения биоимпланта «Тутопласт» не отмечалось. При оценке рентгенограмм через 2-3 месяца после операции контуры импланта были нечеткими и начиналось его слияние с прилежащей костью. Полная перестройка импланта с замещением его рентгенологически неизмененной костной тканью происходила через 12 месяцев. К этому сроку функция конечности полностью восстанавливалась. У 54 детей после внесуставной некрсеквестрэктомии костный дефект заполнялся собственными тканями, что требовало более длительной иммобилизации и реабилитации. Функция конечностей восстанавливалась через 18-24 месяца. У одного ребенка была вальгусная деформация коленного сустава, у двоих – удлинение конечности до 1см. Дети с туберкулезным спондилитом через 6 месяцев после операции носят изготовленные корсеты. В 100 % случаев сочетание радикально-восстановительной операции с адекватной противотуберкулезной химиотерапией позволило ликвидировать специфический воспалительный процесс и предупредить ортопедические последствия – контрактуры суставов, удлинение или укорочение конечностей.

Выводы:

1. Единственным путем к полному клинико-функциональному и рентгенологическому выздоровлению при костном туберкулезе у детей является ранняя одномоментная радикально-восстановительная операция на фоне длительной специфической антибактериальной терапии.

2. Применение биоимпланта костного блока «Тутопласт» эффективно для пластики костных дефектов при туберкулезе и значительно сокращает сроки реабилитации пациентов.

Реферат: Представлены вопросы диагностики и лечения туберкулезного остита. Независимо от стадии процесса показано оперативное лечение, цель которого удалить патологический очаг и произвести пластику костного дефекта. С этой целью в нашей клинике применяется костный блок «Тутопласт».

Report: The questions of diagnostic and treatment of tuberculous ostitis were presented. Without regard to the stage of the process it was prescribed surgical treatment. The main aim of this treatment is to remove patalogical place and make plastic of bones defect. Toward this end in our clinic we use the bones part «Tutoplast».