

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

Радухівська Мар'яна Миколаївна

УДК: 616.25+616.711]-002.5-071(477.52-25)(043.3)

*Особливості діагностики позалегенового туберкульозу
(туберкульоз плеври і туберкульозний спондиліт)*

Наукова робота на здобуття наукового ступеня магістра медичних наук
спеціальність 14.01.26 (пульмонологія та фтизіатрія)

Науковий керівник: Академік АН ВШ України,
професор, доктор медичних наук
заслужений лікар України
Дужий Ігор Дмитрович

Суми 2016

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП	4
АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ.....	6
МЕТА РОБОТИ.....	6
Розділ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	8
1.1 Епідеміологічна ситуація та структура позалегенового туберкульозу.	8
1.2 Особливості рідкісних проявів клінічного перебігу туберкульозу плеври.	9
1.3 Особливості кістково – суглобового туберкульозу. Туберкульозний спондиліт.	12
Розділ 2.....	15
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ	15
Розділ 3.....	17
ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ.....	17
РОЗДІЛ 4.....	25
ОБГОВОРЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ	25
ВИСНОВКИ.....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	46

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ТБ – туберкульоз

МБТ – мікобактерії туберкульозу

ПЛТБ – позалегеневий туберкульоз

КСТ – кістково-суглобовий туберкульоз

СПВ – синдром плеврального випоту

ТС – туберкульозний спондиліт

СОКПТД – Сумський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

ВСТУП

Туберкульоз на сьогодні залишається не лише нагальною медичною проблемою, а й індикатором соціального благополуччя населення. Туберкульозна інфекція – одна з найпоширеніших у світі. Мікобактерії туберкульозу (МБТ) вбивають більше людей, ніж будь-який інший збудник інфекції. Інфікованість МБТ дорослого населення сягає 80 – 90% . Щосекунди у світі інфікується збудником туберкульозу одна людина. З огляду на це, мікобактеріями туберкульозу інфікована одна третина населення світу, тобто понад 2 млрд., поміж них 60 млн осіб хворі на туберкульоз. Щорічно на планеті виявляють 8-9 млн. осіб, які вперше захворіли на туберкульоз. У 16 із 61 країн Європейського регіону за даними ВООЗ ситуація з туберкульозу залишається критичною.

Епідемія туберкульозу, зафіксована в Україні у 1995 р.. Від 2006 р. ситуація певною мірою почала стабілізуватися. Проте, захворюваність на туберкульоз протягом 1990 – 2006 р.р. збільшилась у 2,5 рази : з 32,0 до 84,2 на 100 тис. населення. З 2007 до 2011 р. мала місце зменшеність захворюваності на 15,8%: з 79,8 до 67,2 на 100 тис. населення. У 2015 р. захворюваність на всі форми активного туберкульозу становила 55,9 на 100 тис. населення.

У значній мірі ситуація щодо ТБ в Україні залежить від рівня економіки країни і добробуту народу. Окрім цього, на захворюваність і хворобливість впливають малі дози радіації після Чорнобильської катастрофи, забруднення довкілля, а також води і продуктів харчування промисловими викидами, пестицидами та іншими забруднювачами, які знижують імунітет у людей, епідемію ВІЛ/СНІДу, то прогноз виявиться песимістичнішим.

В останні роки збільшуються кількість та питома вага хворих на позалегеневі форми туберкульозу. Так, захворюваність на ПЛТБ у 2013 році становила 6,3 на 100 тис. населення.

У структурі захворюваності на позалегеневий ТБ в Україні провідне місце займають туберкульоз плеври (ТП) та кістково – суглобовий туберкульоз (КСТ). Значна увага до проблем ПЛТБ зумовлена його тяжкими наслідками. Несвоєчасне виявлення туберкульозу позалегеневої локалізації, нерідко, зумовлює високий відсоток інвалідизації - до 44,6 %, який у 1,7 рази перевищує цей показник при легневих процесах.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Орієнтуючись на наведені цифри, бачимо, що, незважаючи на зусилля керівництва держави та медичної спільноти, приборкати захворюваність на туберкульоз до цього часу так і не вдалося. Спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих на позалегенові форми туберкульозу.

У клінічній пульмонології захворювання плеври займають 11 – 14 % поміж усіх госпіталізованих. Біля 65 – 70 % між цих хворих виявляється туберкульоз плеври.

Варто наголосити, що відсутність на місцях спеціалістів з кістково – суглобового туберкульозу, утруднює вирішення проблеми ранньої діагностики цього захворювання. Встановлення та диференційна діагностика туберкульозного ураження хребта залишається дуже складною.

Отже, визначитись із нозологічним процесом важко, оскільки від цього залежить характер лікування. Перераховане обґрунтовує актуальність окресленої проблеми.

МЕТА РОБОТИ

Вивчити особливості перебігу туберкульозу плеври та кісткового туберкульозу залежно від локалізації процесу і намітити можливі шляхи покращення результатів діагностики та лікування.

ЗАВДАННЯ

1. Провести аналіз захворюваності на туберкульоз плеври за 2012 – 2015 роки.
2. Проаналізувати захворюваності на туберкульозний спондиліт за 2012 – 2015 роки.
3. Провести аналіз особливостей перебігу туберкульозу плеври.
4. Проаналізувати особливості перебігу туберкульозного спондиліту.
5. Вивчити вплив на перебіг захворювання своєчасності діагностики та лікування.

Розділ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Епідеміологічна ситуація та структура позалегенового туберкульозу.

Позитивні зрушення щодо питання боротьби з туберкульозом (ТБ) зумовлені постійним контролем за виконанням заходів загальнодержавної програми протидії захворюванню на ТБ[17,35].

На тлі контролю за ситуацією щодо легеневого туберкульозу в Україні актуальною проблемою залишається питання діагностики ПЛТБ. Співвідношення позалегенових форм туберкульозу до легених складає 1:7 - 1:8[2,6,23]. У інших країнах світу цей показник складає 1:2 (Канада), 1:3 (США), 1:4 (Австрія, Німеччина, Швеція)[12,20].

У 2013 р. структурі виявлення позалегенових захворювань ТБ становив:

- ✓ позалегеновий органів дихання – 58,2 %;
- ✓ кістково – суглобовий – 19,8 %;
- ✓ периферійних лімфатичних вузлів – 8,7 %;
- ✓ сечостатевих органів - 5,5 %;
- ✓ інших локалізацій – 3,9 % .

У 2013 р. найвищі показники захворюваності на всі форми активного ТБ зареєстровано у південно – східних регіонах України, де рівень захворюваності значно перевищує середній показник по Україні.

Встановлено, що розвитку ПЛТБ сприяють:

- зниження неспецифічного захисту організму;
- часті гострі вірусні інфекції;
- травми;
- функціональні порушення нервової системи;
- ендокринні розлади (цукровий діабет тощо);
- недостатнє та неповноцінне харчування)
- гіповітамінози;
- тривала терапія кортикостероїдами та цитостатиками;

Важливими заходами контролю за ПЛТБ є рання діагностика хвороби, ізоляція джерела збудника (госпіталізація хворого) та ефективне його лікування[1,17,25].

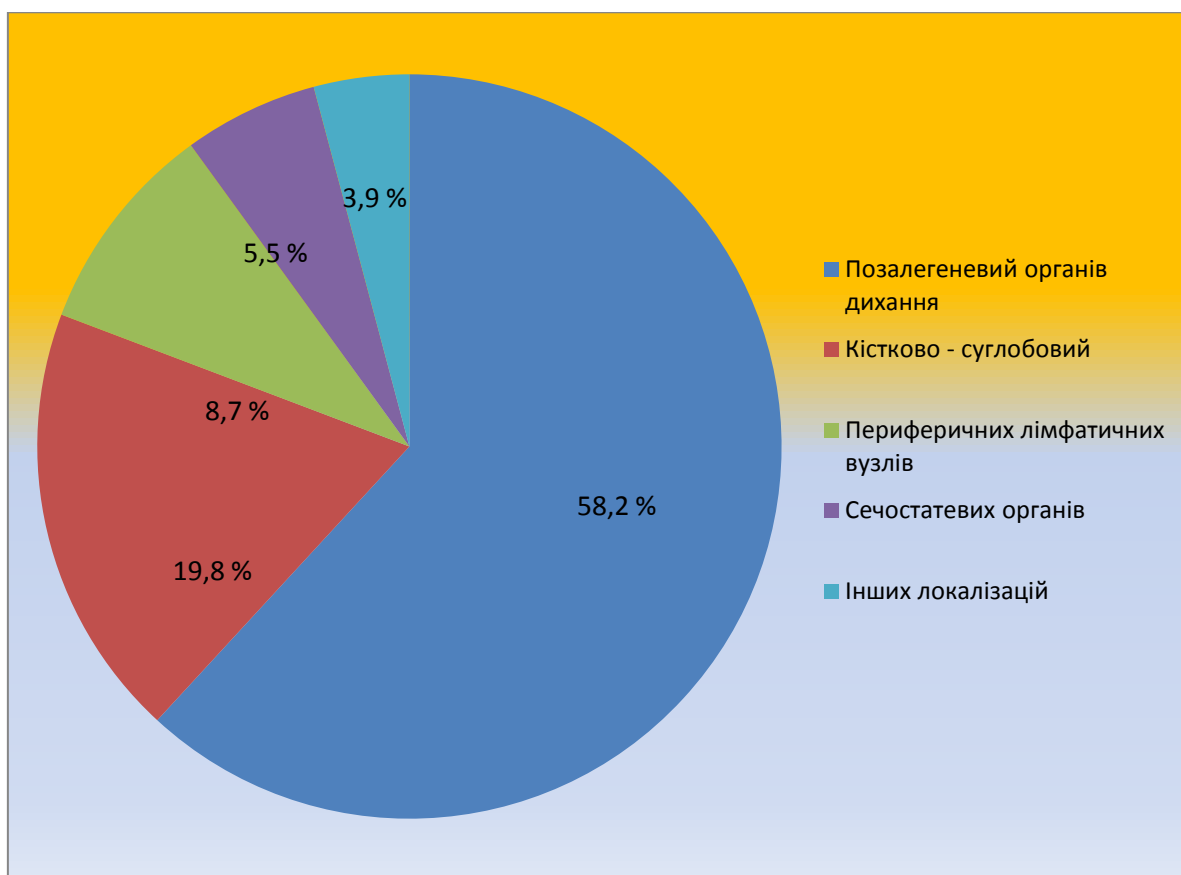


Рис.1 Структура захворюваності на позалегенові форми туберкульозу

1.2 Особливості рідкісних проявів клінічного перебігу туберкульозу плеври.

У захворюваності на позалегенові форми туберкульозу органів дихання превалює туберкульоз плеври, головною ознакою якого є синдром плеврального випоту (СПВ)[4, 11].

У доантибактеріальну еру більшість дослідників вважали СПВ наслідком туберкульозу у 87-100% випадків . У кінці минулого сторіччя у країнах СНД плевральний випіт пов'язували із злоякісними новоутвореннями у 16,9-22%. Поряд із цим Z.Vogt-Mou Kopf та H.Zullig злоякісний генез при синдромі плеврального випоту констатували у 47,5% хворих. За останніми даними, ураження плеври туберкульозного генезу у 87-92% спостерігається при первинному туберкульозі і лише у 8-13% – при вторинному[27].

Загалом підраховано, що СПВ трапляється більше ніж при 90 різних хворобах внутрішньогрудної та позаторакальної локалізації. Відмічається поступове зростання кількості хворих на неспецифічні захворювання плеври. Плеврити неспецифічного генезу в основному маніфестують такою ж симптоматикою, що й туберкульоз плеври. Провідним синдромом при цьому залишається накопичення плеврального випоту[11,16,27].

Важливість своєчасної діагностики туберкульозного ураження плеври зумовлюється складністю діагностики та лікування хворих на туберкульоз взагалі та на таке ураження плеври зокрема[27,28].

На клінічні прояви СПВ визначально впливають кількість випоту, його локалізація у плевральній порожнині, наявність у ній зрощень, нашарувань, рухливості легені, діафрагми та межистіння, індивідуальні особливості іннервації зазначених утворів. Розмаїтість поєднань та комбінацій зазначених чинників можуть настільки «змінити» суб'єктивні відчуття, головним чином біль, що він буде швидше нагадувати патофізіологічні процеси у інших, іноді значно віддалених органах. У зв'язку із переліченим подібні синдроми прийнято називати «зміненими» чи «замінними», або ерзац – синдромами[10,11,27]. До них відносяться такі:

- плевроабдомінальний синдром;
- плеврокардіальний синдром;
- плевроміжребровий синдром;
- плевробрахіальний синдром;
- плевроішіорадикулярний синдром;
- плевроренальний синдром;

Плевроабдомінальний синдром супроводжується сильним болем у животі, іноді з типовою іррадіацією чи переймоподібними проявами. Можливі вегетативні порушення: нудота, блювання, пітливість, висока температура тіла. Синдром може нагадувати «гострий живіт». Вирішальне значення при проведенні диференціальної діагностики надається лікарському огляду. Язик при даному синдромі на відміну від «гострого живота» вологий, не обкладений. Живіт «бере участь» у диханні, хоча дещо обмежено. Хворий легко змінює положення тіла у ліжку, що буває важко або й неможливо зробити при «гострому животі». При поверхневій пальпації біль не виявляється. При поступовому підсиленні тиску локальну болісність знайти неможливо. Симптоми подразнення – сумнівні. Але усе перелічене можливо встановити при спокійному обстеженні хворого, обстеженні без будь-якого

поспіху. У сидячому положенні болісність зменшується, а локалізувати її взагалі неможливо, що саме чітко виявляється при гострих захворюваннях черевної порожнини. При останніх виявляється гіпертензія шкіри живота, чого не буває при захворюваннях плеври.

Плеврокардіальний синдром нагадує ішемічну хворобу серця, інколи навіть з явищами іррадіації та емоційного напруження і тривоги. На відміну від постійної іррадіації при ішемічній хворобі серця (ІХС) при захворюваннях плеври такий біль посилюється при диханні, особливо глибокому. При ІХС хворий блідий із ціанозом, лихоманковий рум'янець, пульс частий, аритмічний, артеріальний тиск має тенденції до зниження. При захворюваннях плеври ці феномени не спостерігаються. При ІХС можуть з'явитися симптоми лівошлуночкової недостатності, тоді як при хворобах плеври – правошлуночкової.

Плевротромбоемболічний синдром розвивається, як правило, протягом декількох хвилин. Особливо він складний для діагностики у пацієнтів, у яких є передумови можливої емболізації: порушення венозного току крові у системі нижньої порожнистої вени і кінцівок, захворювань органів малої миски. Біль частіше сильний, значне тахіпное, інколи з'являються хрипи, які чути на відстані, що може нагадувати набряк легень; тахікардія, зниження артеріального тиску. При захворюваннях плеври перелічене має зворотну тенденцію. Найчастіше больовий синдром з'являється при обмеженому випоті. Встановити його можливо лише при багатопрофільній рентгенографії чи УЗД.

Плевроміжреберний синдром частіше «веде» хворого до невропатолога, хірурга чи травматолога. Проявляється захворювання болем, який локалізується за ходом ребер, нагадуючи міжреберний міозит чи неврит, інколи – періостит чи остеомієліт. Якщо в анамнезі хворого були травми, переохолодження або протяги, думка лікаря збочується у цьому напрямку, а основні положення стосовно обстеження хворих забуваються.

Плевробрахіальний синдром характеризується болями у плечовому поясі, надключичній чи лопатковій зоні. Відомі випадки прояву синдрому навіть з контралатерального боку. Як правило, виникає синдром при локалізації випоту у будь-якій ділянці над діафрагмою.

Плевроішіорадикулярний синдром нагадує радикуліт чи ішіас. Хворий тривалий час лікується у невропатолога. Болі при цьому захворюванні посилюються під час глибокого дихання, зітхання, кашлю чи

чання. Все це змушує таких пацієнтів інколи навіть спати у сидячому положенні.

Плевроренальний синдром нагадує коліку при сечокам'яній хворобі. Відсутність змін у сечі тоді інтерпретують як «включення нирки обтурацією безконтрасним конкрементом». А невеликі зміни (незначна кількість еритроцитів чи лейкоцитів) вважаються такими, що підтверджують «рух піску». Хоча відомо, що незначні зміни у сечі можуть бути і при СПВ, який відображає явища інтоксикації[9,10,27]

Знання даних синдромів повинно налаштовувати лікарів первинної ланки на достеменне зібрання скарг та анамнезу у процесі обстеження та застосування необхідних методів дослідження, поміж яких повинні переважати фізикальні та променеві.

1.3 Особливості кістково – суглобового туберкульозу. Туберкульозний спондиліт.

В умовах сучасної епідеміологічної ситуації в Україні кістково - суглобовий туберкульоз займає одне з провідних місць у структурі захворюваності на ПЛТБ, а туберкульоз хребта займає перше місце поміж всіх уражень кісток та суглобів. [32]

КСТ починається з ураження червоного кісткового мозку. Некроз, руйнування і розсмоктування трабекулярної системи кісткової тканини відбувається вторинно. З огляду на це, первинний остит локалізується у кістках скелету, які складаються із губчастої кісткової тканини – в епіметафізарних відділах трубчастих кісток, тілах хребців, кістках тазу, кисті, стоп.

Захворювання хребта будь – якого генезу супроводжуються клінічною симптоматикою, найчастішим суб'єктивним виявом якої буває біль. Останній не має патогномонічних ознак і може супроводжувати різноманітні захворювання хребта, які, у свою чергу, можуть бути специфічними (туберкульоз, сифіліс, грибкові процеси) та неспецифічними (первинне запалення гнійного характеру, вторинні метастатичні чи гнійні процеси, дистрофічні захворювання)[13,15].

Діагностика КСТ нині відбувається в основному за зверненнями (до 90% випадків). Інколи це бувають випадкові знахідки при рентгенологічному обстеженні та хірургічному лікуванні в ортопедичних і нейрохірургічних відділеннях. Про труднощі діагностики свідчить значна частина помилок первинної діагностики, що досягає 85 %. Особливо складною є диференційна діагностика туберкульозного спондиліту (ТС). Застосування традиційних клініко – рентгенологічних методів не завжди дозволяє встановити правильний діагноз[8,26,49].

В умовах сьогодення кістково – суглобовий туберкульоз у 50 – 60 % хворих виявляють у давній стадії з багатьма ускладненнями[7,24]. У зв'язку з цим вихід на інвалідність серед узятих на диспансерний облік хворих з різними локалізаціями перебуває у межах 30 – 80 % [7,34].

Ранні прояви кістково – суглобового ТБ, які мають насторожувати лікарів та хворих:

- періодичний біль у суглобах чи спині;
- періодичне обмеження рухів;
- незначна припухлість;
- місцеве підвищення температури;
- нічний біль;
- кульгавість;
- атрофія ураженої кінцівки;
- на пізніх етапах – зміна форми хребта та обмеження рухомості[1].

Туберкульозне запалення хребта звичайно розпочинається з ураження тіла одного із хребців – формується так званий первинний туберкульозний остит. Це запалення на противагу неспецифічному розвивається дуже поволі, хоча клінічні ознаки захворювання мають прояви вже на ранніх етапах захворювання, а больовий синдром у цей час залишається «локалізованим»[5,15]. Встановлено, що перебіг туберкульозного спондиліту на різних його часових етапах маніфестує чи ускладнюється неврологічною симптоматикою, яка може мати найрізноманітніші прояви[13,15,22]. До локалізованого болю долучаються порушення чутливості, які поступово переходять до спинно – мозкових розладів, що трапляються у 11 – 45 % хворих[3].

Поширені та ускладнені форми туберкульозного спондиліту трапляються у 70 % дорослих і 100% дітей[19,21]. Поміж випадків інвалідності через різні форми позалегенового туберкульозу на ТС припадає 40 - 85 %[14,36]. Туберкульозний спондиліт ускладнюється компресією спинного мозку – 28 % [43,46], абсцесами – від 62,5 до 99,0, норицями – від 4,0 до 18,8 % [19,42,48]. Кіфози, які утворюються за ТС, є однією з причин серцево – легневих порушень і пізньої пераплегії [36,41].

Розділ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведене на базі Сумського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру (СОКПТД). Проаналізовано 258 історій хвороб осіб, які знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні за 2012 – 2015 роки, у яких у діагнозі був синдром плеврального випоту. Вивчено 69 історій хвороб осіб на туберкульозний спондиліт, які знаходились на лікування у відділенні туберкульозу позалегенової локалізації.

Повна комплексна діагностика полягала в такому:

- 1) Цілеспрямований збір анамнезу:
 - за прямими ознаками (є відомості про наявність хворого на ТБ в оточенні);
 - за непрямими ознаками (наявність осіб, які кашляють; наявність у родині осіб із хронічними бронхо-легеневими захворюваннями; осіб, звільнених з місць позбавлення волі; осіб, які страждають на алкоголізм, наркоманію; осіб, які тимчасово проживають у родині з регіонів неблагополучних щодо ТБ);
 - 2) Використання клінічних методів: визначення скарг, що відповідають інтоксикаційному, больовому і бронхо-легенево-плевральному синдромам та збирання анамнезу (контакт із хворими на ТБ, захворювання на ТБ у минулому, визначення факторів ризику щодо ТБ);
 - 3) Фізикальне обстеження: огляд, пальпація, перкусія, аускультация;
 - 4) Рентгенологічне/флюорографічне обстеження органів грудної клітки у 2-х проекціях (у разі відсутності рентгенограм), томографію легень за показаннями при підозрі на наявність деструкції в легенях за даними оглядової рентгенограми;
- 4.1) Рентгенологічне, УЗД та КТ (за показаннями) обстеження окремих відділів хребта.

Рентгенографію ураженого відділу хребта виконували із застосуванням традиційних укладок. Томографічне дослідження дозволяло уточнити характер та локалізацію деструктивних змін у хребті. Рентгенографічний метод зберігає базове значення, на його основі розроблені сучасні уявлення про захворювання скелета, що використовуються і при аналізі результатів КТ, МРТ. Оскільки, ніякий інший метод не дає більш виразного зображення кісткових елементів

опорно-рухового апарату. При вірному технічному використанні рентгенографія і рентгенотомографія досить інформативні в характеристиці кісткової структури, масштабів руйнування і характеру обмеження його, загального структурного тла, змін у паравертебральних тканинах. Оглядові знімки у двох проекціях були прицільними, центрованими на рівень ураження.

Комп'ютерна томографія (КТ) хребта базується на прямих рентгенологічних симптомах на поперечному розрізі об'єкта. Завдяки високій вирішальній спроможності КТ у структурному зображенні кісткової тканини в основній (поперечній) проекції визначають положення, розміри деструктивних порожнин у тілах хребців, їхні обмеження, зв'язок з паравертебральними тканинами і хребетним каналом.

Головна цінність методу – можливість бачити змінену ділянку хребців у поперечному розтині.

5) Дворазове дослідження мокротиння на КСБ методом мікроскопії мазка.

Дослідження 2-х зразків мокротиння культуральним та молекулярно-генетичним методами.

Розділ 3

ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

3.1 Хворі з діагнозом туберкульоз плеври (з наявністю СПВ)

Обстежено та проаналізовано історії хвороб 258 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні Сумського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру за 2012 – 2015 роки.

Для визначення частоти, часу та характеру маніфестації у хворих, досліджувана сукупність була поділена на дві групи.

До першої групи увійшло 112 (43,4%) хворих, які проживали у сільській місцевості, до другої – 146 (56,6%) міських жителів(рис 3.1).

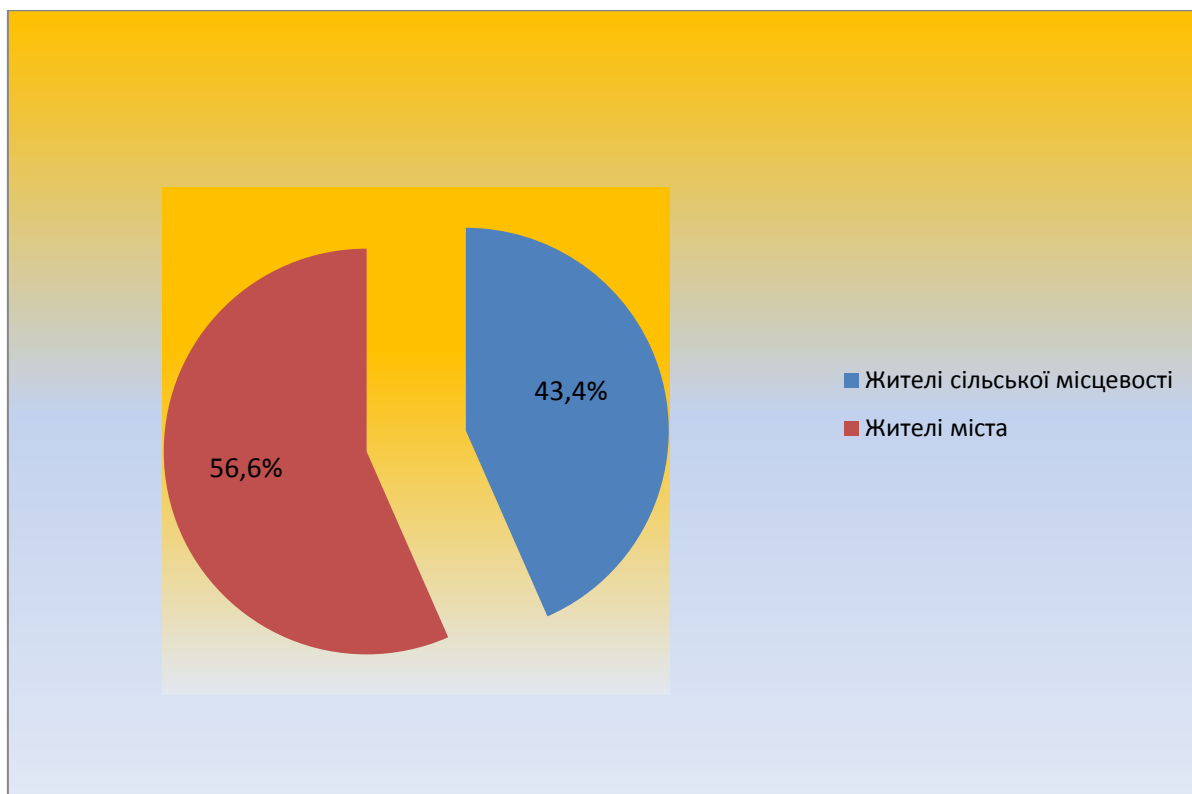


Рис 3.1 Розподіл досліджених груп за місцем проживання

У наступному рисунку показуємо розподіл містян і сільських мешканців за роками (рис.3.2).

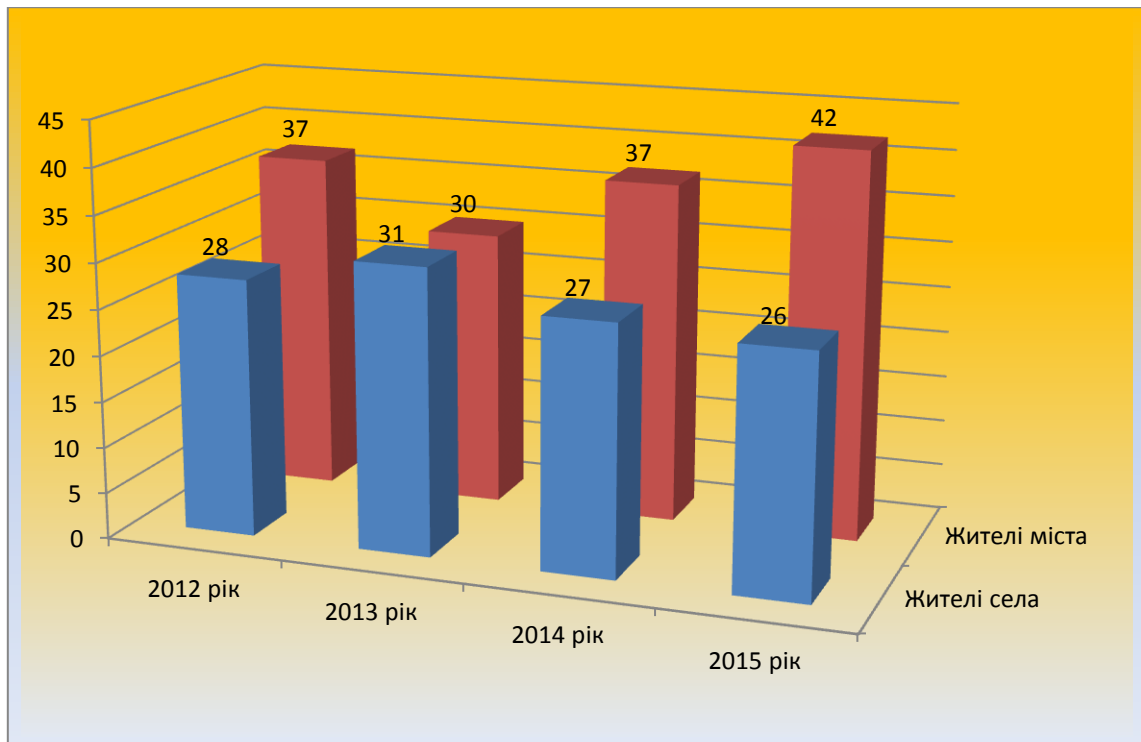


Рис. 3.2 Розподіл місця проживання хворих за роками

Орієнтуючись на наведені рисунки бачимо, що за вивчений час більша кількість вивчених хворих на туб.плеври мешканцями міст – 56,6%, а сільських жителів було 43,4%. За роками вивчені хворі розподілились так:

Жителі села - 112 (43,4%):

2012 рік – 28 (25 %);

2013 рік – 31 (27,8);

2014 рік – 27 (24 %);

2015 рік – 26 (23,2 %).

Жителі міста – 146 (56,6 %):

2012 рік – 37 (25,3 %);

2013 рік – 30 (20,6 %);

2014 рік – 37 (25,3 %);

2015 рік – 42 (28,8 %).

З метою визначення залежності між віком хворих та проявом хвороби, всі досліджені за віком були розподілені на шість груп: до 19 років, 20 – 29р., 30 – 39 р., 40 – 49 р., 50 – 59 р., 60 і більше років.

У віковій структурі досліджених груп за 2012 –2015 роки переважали хворі групи 30–39 років – 85 (32,2 %), 40–49 – 80 (31,8 %), 50-59 – 34 (13,1 %), 20-29 – 25 (9,7 %), 60 і більше – 24 (9,3 %), до 19 – 10 (3,9 %). У першій групі хворі віком 30-39 склали 38(33,9 %)осіб, у віці 40-49 –36 (32,2 %)осіб, у віці 50-59 – 15(13,4 %)осіб, у віці 20-29 – 10(8,9 %)осіб, у віці 60 і більше – 10(8,9 %)осіб, до 19 років – 3(2,7 %)осіб. У другій групі хворих у віці 30-39 було 47(32,2 %)осіб, у віці 40-49 – 44(30,1 %)осіб, у віці 50-59 – 19

(13,0%) осіб, у віці 20-29 – 15(10,3 %) осіб, у віці 60 і більше – 14(9,6 %), до 19 років – 7(4,8 %) осіб (рис 3.3).

Поміж досліджених чоловіків було 187 (72,5 %), жінок – 71 (27,5 %). У першій групі чоловіків було 82(73,2 %), жінок – 30(20,6%). У другій групі чоловіки склали 105 (71,9 %), жінки – 41(28,1 %) (рис. 3.4)

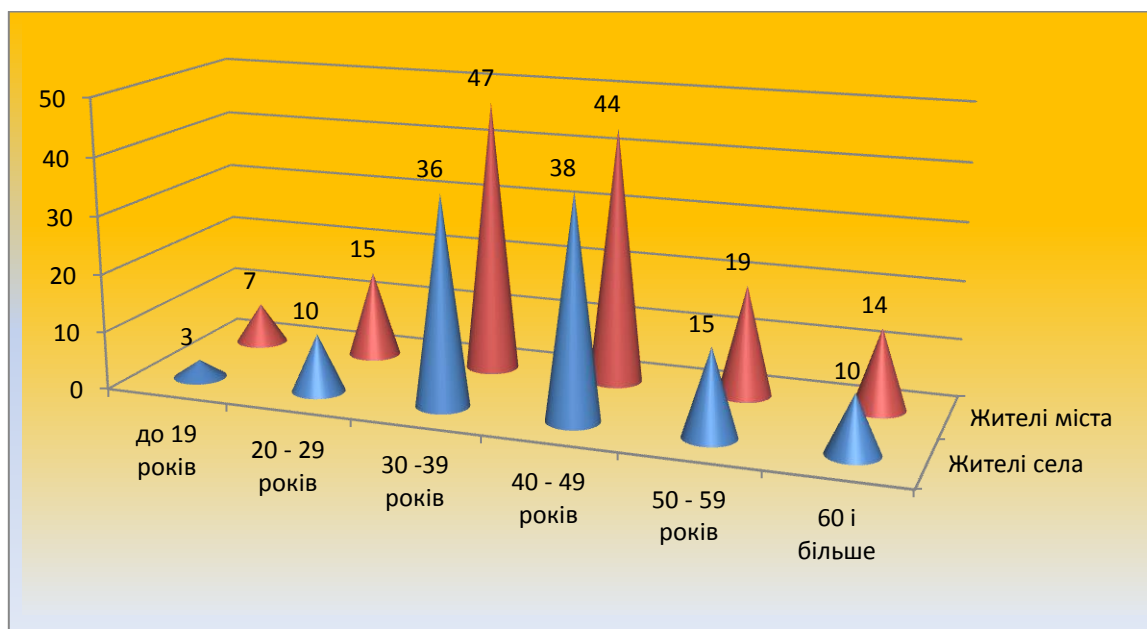


Рис 3.3 Розподіл хворих по віковим групам

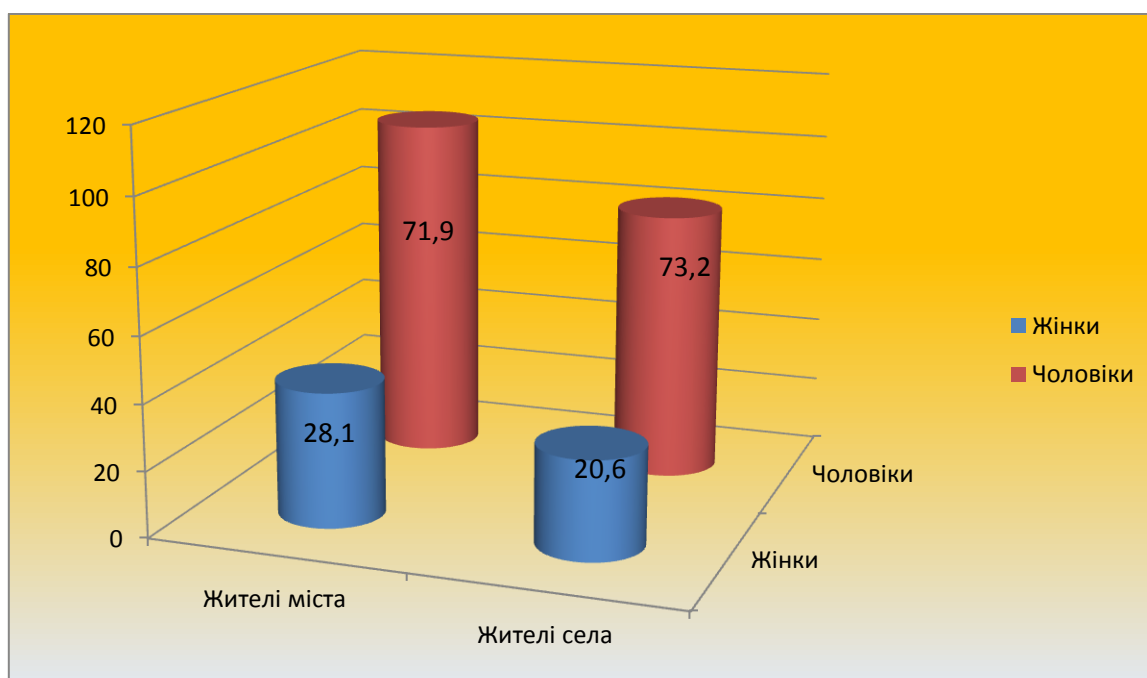


Рис. 3.4 Розподіл хворих за статтю

Соціальний статус хворих обох груп був таким. У першій групі не працювало 72 (64,2%) особи. Механізаторів було 26 (23,2%), представників інтелектуальної праці – 6 (5,4%), працівників аграрної сфери – 4 (3,6%), пенсіонерів – 4 (3,6%). У другій групі частіше хворіли, як і у попередній, ті, що не працювали – 96 (65,8%), механізаторів було 28 (19,2%), представників інтелектуальної праці – 10 (6,9%), працівників аграрної сфери – 5 (3,4%), пенсіонерів – 7 (4,8%).(рис 3.5)

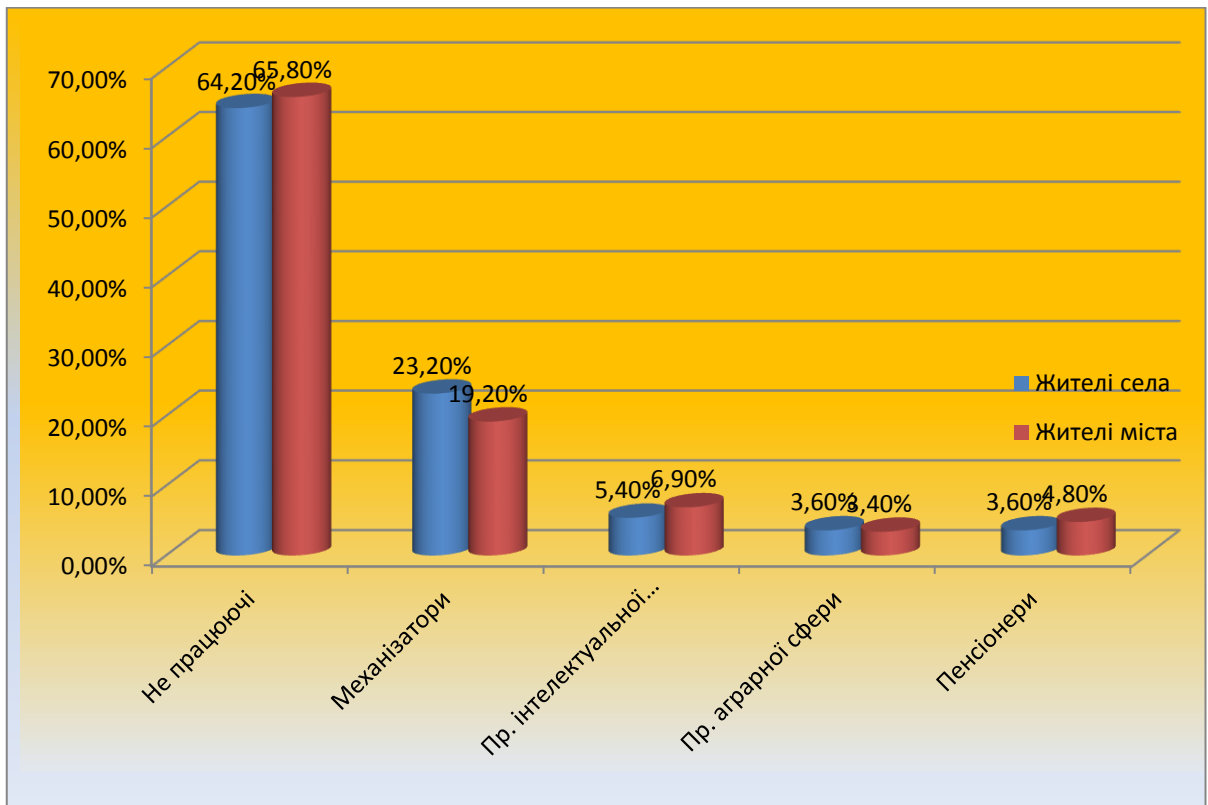


Рис. 3.5 Розподіл хворих за соціальним статусом

Таким чином, досліджувані групи хворих з діагнозом туберкульоз плеври відносно однорідні. Група хворих жителів міста склала більшість досліджуваної сукупності (56,6%). У віковій структурі переважали хворі у віці 30-39р. обох досліджуваних групах. У першій групі вони склали 33,9%, у другій – 32,2%. В обох групах частіше хворіли чоловіки (73,2% та 71,9% відповідно) та непрацюючі особи (64,2% та 65,8%).

5.2 Хворі з діагнозом туберкульозний спондиліт

Обстежено та проаналізовано історії хвороб 69 осіб, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні позалегенового туберкульозу Сумського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру за 2012 – 2015 роки.

З метою визначення частоти, часу та характеру маніфестації досліджувана сукупність хворих була розподілена на дві групи.

До першої групи увійшло 27(39,1 %) хворих, які проживали у сільській місцевості, до другої – 42(60,9 %) міських жителів(рис 3.6).

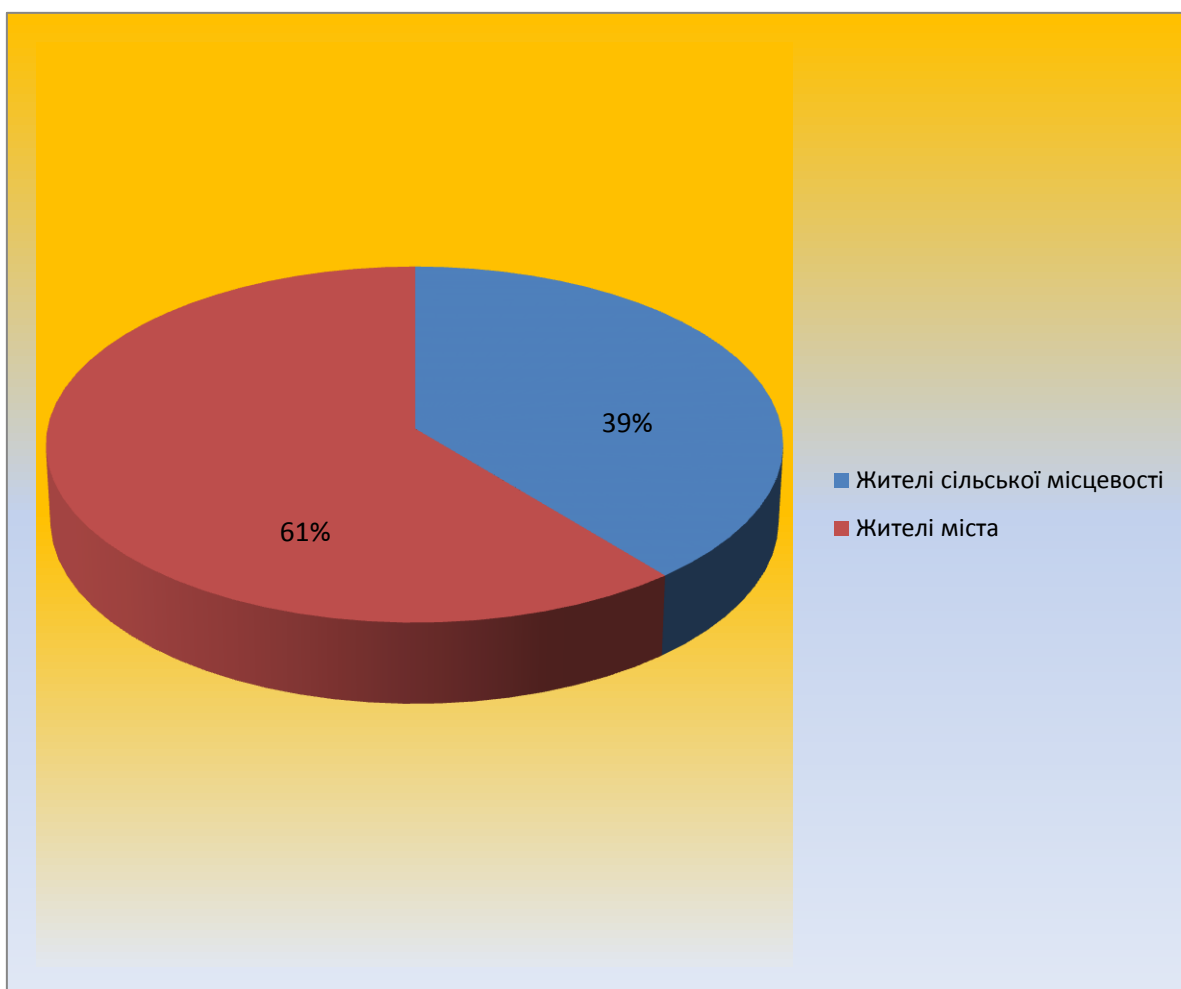


Рис. 3.6 Розподіл досліджених хворих за місцем проживання

Залежно від віку досліджені були розподілені на такі групи – 19-29 р, 30-49 р, 50-59р, 60 і більше років.

При цьому встановлено, що за період 2012–2015 років переважали хворі групи більше 60 років – 31(45 %) осіб, у віці 30-49 – 18(26,1 %) осіб, у віці 50-59 – 13(18,8%) осіб, у віці 19-29 – 7(10,1 %) осіб. У першій групі хворі віком 60 і більше років склали 12(44,4 %) осіб, у віці 30-49 – 7(26 %) осіб, у віці 50-59 – 5(18,5%) осіб, у віці 19-30 – 3(11,1 %) осіб. У другій групі хворих віком 60 і більше було 19(45,2 %) осіб, у віці 30-49 – 11(26,2%) осіб, у віці 50-59 – 8(19,1 %) осіб, у віці 19-30 – 4(9,5 %) осіб (рис.3.7).

Поміж досліджених чоловіків було 41 (59,4 %) особи, жінок – 2(40,6%) осіб. У першій групі чоловіків було 17(63,0 %) осіб, жінок – 10(37,0 %). У другій групі чоловіки склали 24 (57,1 %) особи, жінки – 18(42,9%)(рис.3.8)

Соціальний статус хворих обох груп був таким. У першій групі не працювало 13 (48,2 %) осіб. Поміж інших механізаторів було 3 (11,1 %) особи, представників інтелектуальної праці – 1 (3,7 %), працівників аграрної сфери – 2 (7,4 %), пенсіонерів – 8 (29,6 %). У другій групі частіше хворіли, ті, що не працювали – 23 (54,8 %) особи, механізаторів було 4 (9,5 %) особи, представників інтелектуальної праці – 2(4,8 %), працівників аграрної сфери – 2 (4,8 %), пенсіонерів – 11 (26,1%)(рис 3.9).

Таким чином, досліджені хворі обох груп з діагнозом туберкульозний спондиліт були відносно однорідними. Кількість мешканців міст складала більшість і становила 60,9 %. У віковій структурі переважали хворі у віці 60 і більше років у обох досліджених групах. У першій групі вони склали 44,4 %, у другій – 45,2 %. У обох групах частіше хворіли чоловіки (63,0 % та 57,1 % відповідно) та непрацюючі особи (48,2 % та 54,8%).

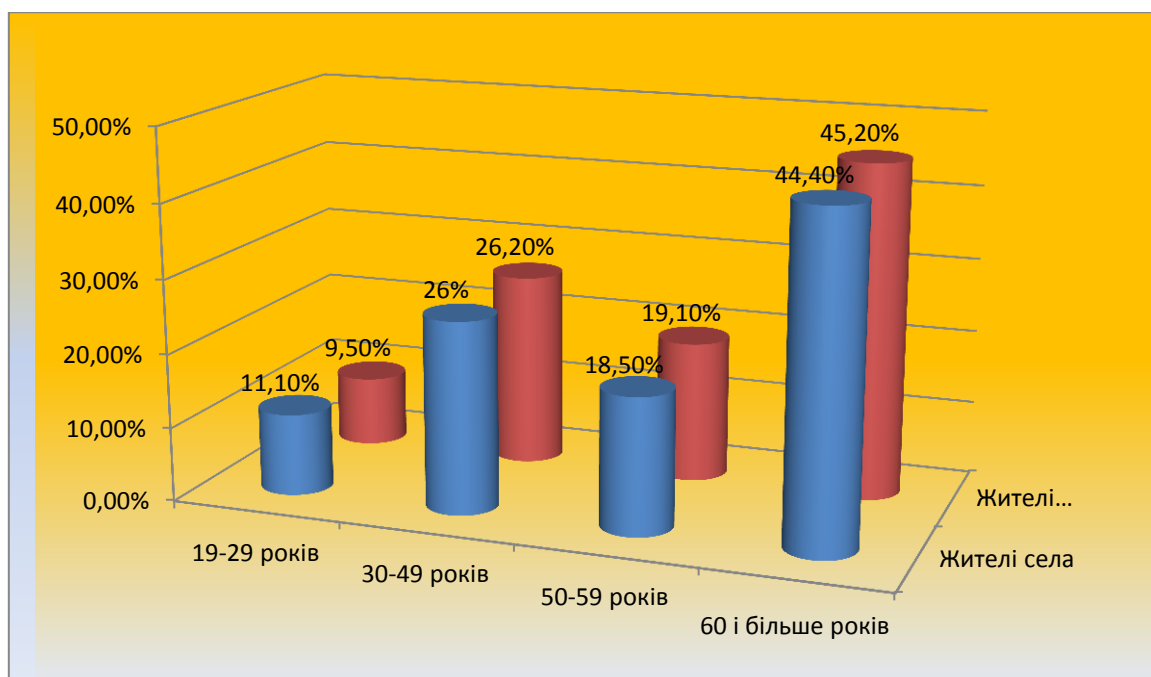


Рис.3.7 Розподіл хворих за віковими групами

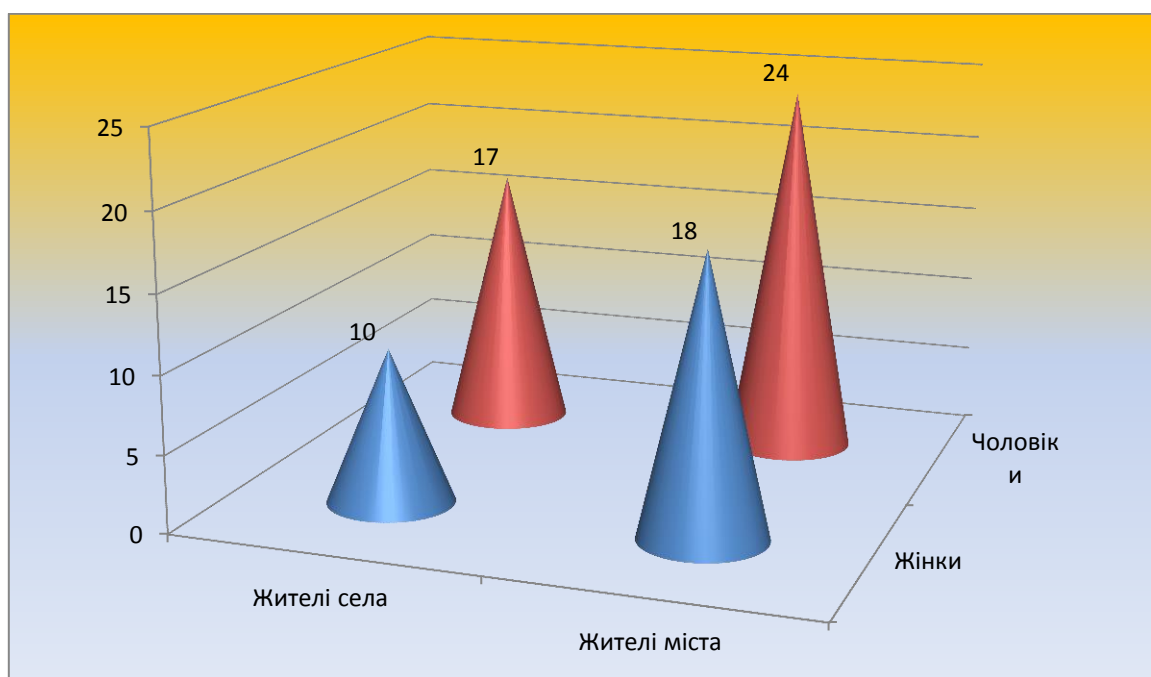


Рис.3.8 Розподіл хворих за статевою ознакою

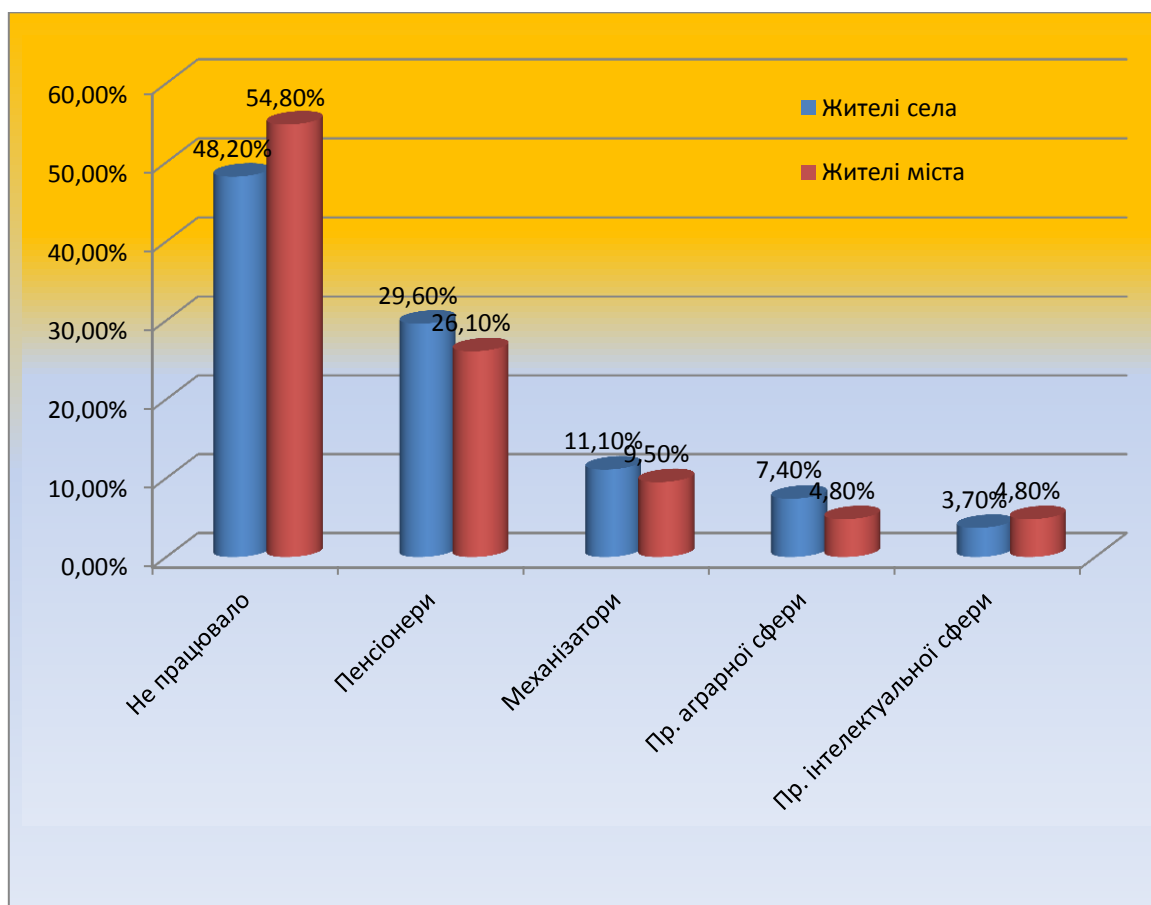


Рис.3.9 Розподіл хворих за соціальним статусом

РОЗДІЛ 4 ОБГОВОРЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

4.1 Хворі з діагнозом туберкульоз плеври (з наявністю СПВ)

Провівши аналіз історій хвороби, було визначено: період та характер маніфестації захворювання, тривалість обстеження і лікування до направлення на спеціалізоване дослідження, тривалість обстеження до верифікації діагнозу. Встановлено, що частіше період маніфестації захворювання припадав на зимовий час в обох досліджених групах. Так, у першій групі туберкульоз плеври маніфестував зимою у 36(32,1%) хворих, на весні – у 28(25%), влітку – у 26(23,2%), восени – у 22(19,6%). У другій групі, зимою – у 46(31,5%), на весні – у 42(28,8%), влітку – у 24(16,4%), восени – у 34(23,3%) (рис.4.1).

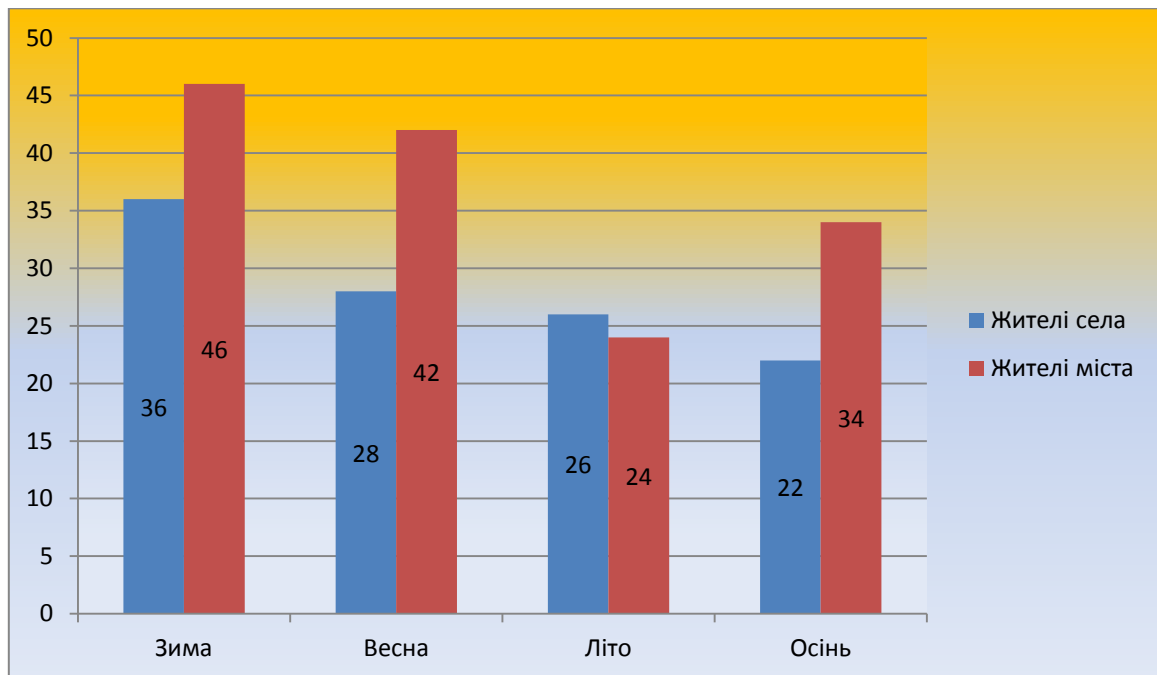


Рис.4.1 Період маніфестації захворювання

З рис.4.1 бачимо, що маніфестація туберкульозу плеври частіше відбувалася у зимовий період в обох досліджених групах. У першій групі маніфестація відбувалася менш часто у осінній час, а у другій групі – у літній.

Відомо, що туберкульоз плеври найчастіше маніфестує больовим синдромом, задишкою та тривалим підвищенням температури тіла від субфебрильних до фебрильних цифр. У першій групі досліджених провідним симптомом був біль, який проявився першочергово у 55(49,1%) хворих, підвищення температури тіла виступало на перший план у 35(31,3%), задишка – у 22(19,6%) осіб. У другій групі спостерігалася така ж послідовність: біль – 91(62,3%), підвищення температури – 38(26%), задишка – 17(11,7%).(рис.4.2)

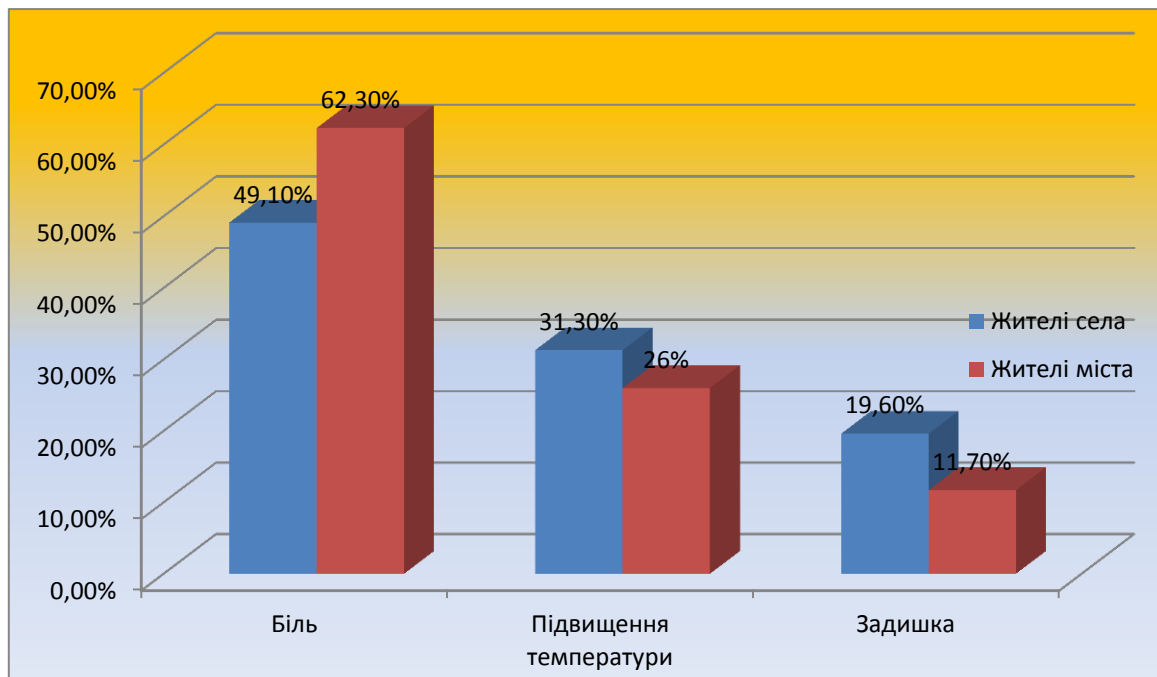


Рис.4.2 Характер маніфестації захворювання у досліджуваних групах(%)

Виявлення захворювання при самозверненні хворого за весь період досліджування виявлено у 239(92,6%) досліджених; пасивне ж виявлення при проходженні медичного огляду, тобто випадково – у 19(7,4%) хворих. У першій групі активне виявлення захворювання спостерігалось у 105(93,8%) хворих, у другій – 134(91,8%). Пасивне – у 7(6,2%) у першій групі та у 12(8,2%) – у другій (рис.4.3).

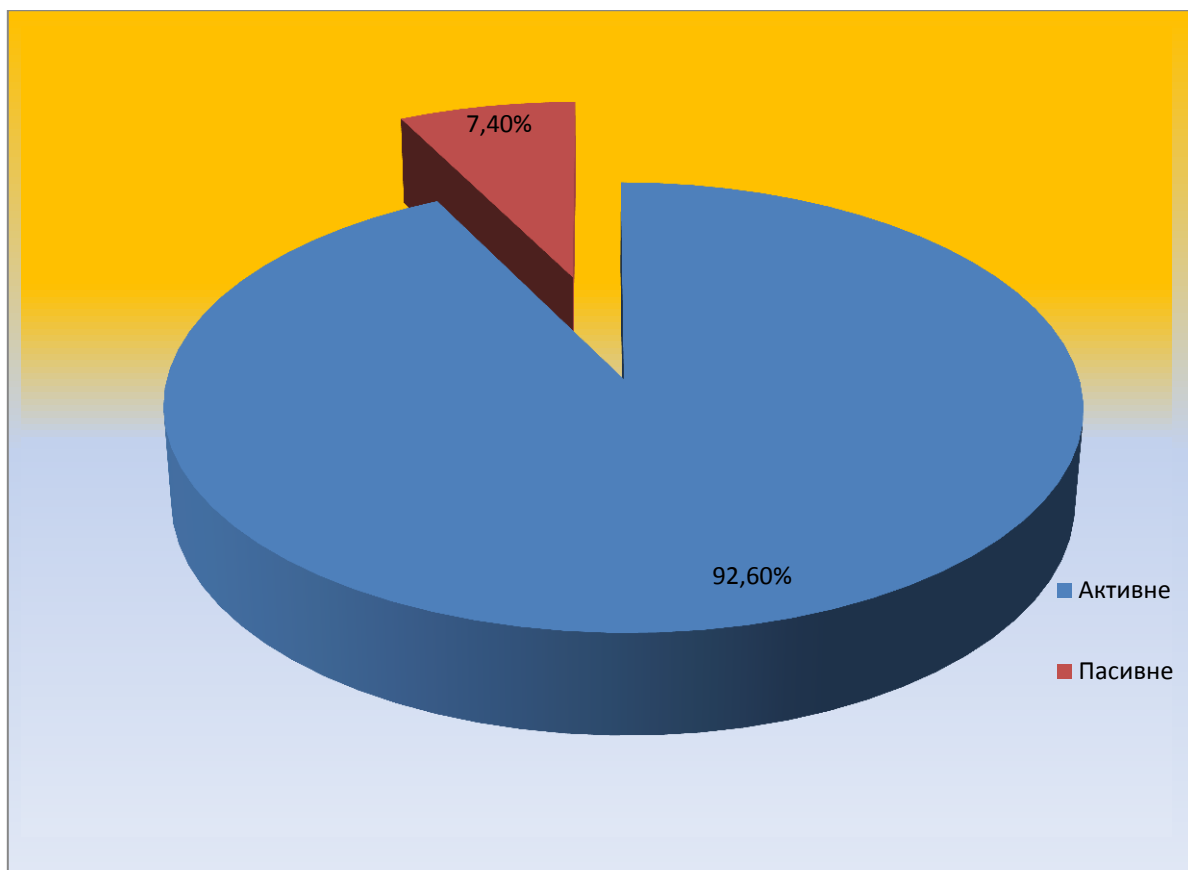


Рис. 4.3 Характер виявлення захворювання серед загальної кількості досліджених

Тривалість попереднього обстеження і лікування хворих у загальнолікарняній мережі до встановлення синдрому плеврального випоту (СПВ) та направлення на спеціалізоване дослідження коливалось у таких межах: до 14 днів, до 1 місяця, більше 1 місяця. Так, у першій групі обстеження до 14 днів тривало у 68(60,7%) хворих, до 1 місяця – у 32(28,6%), більше 1 місяця – у 12(10,7%). У другій групі обстеження до 14 днів тривало у 110(75,3%) осіб, до 1 місяця – у 30(20,6%), більше 1 місяця – у 6(4,1%)(рис.4.4).

У другій групі тривалість обстеження до 14 днів спостерігалась у більшості хворих, що зумовлено проживанням у місті, а відповідно і більшими можливостями для швидкої діагностики захворювання.

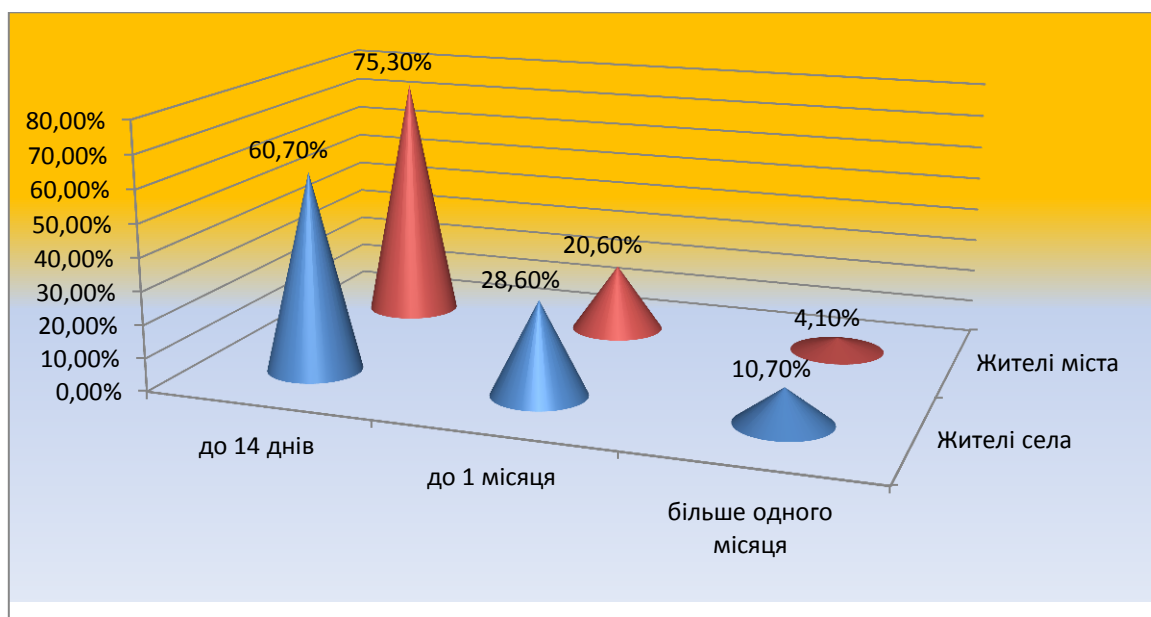


Рис.4.4 Тривалість попереднього обстеження і лікування хворих у загально-лікарняній мережі

У всіх досліджених хворих методом підтвердження СПВ було променеве обстеження. Первинними методами променевої діагностики були: рентгенографія у 254(98,4%) хворих, КТ – у 4(1,6%). У першій групі рентгенографія виконана 111(99,1%) хворим, у другій – 143(97,9%). КТ у першій групі проводилася 1(0,9%) особі, у другій – 3(2,1%) (рис.4.5).

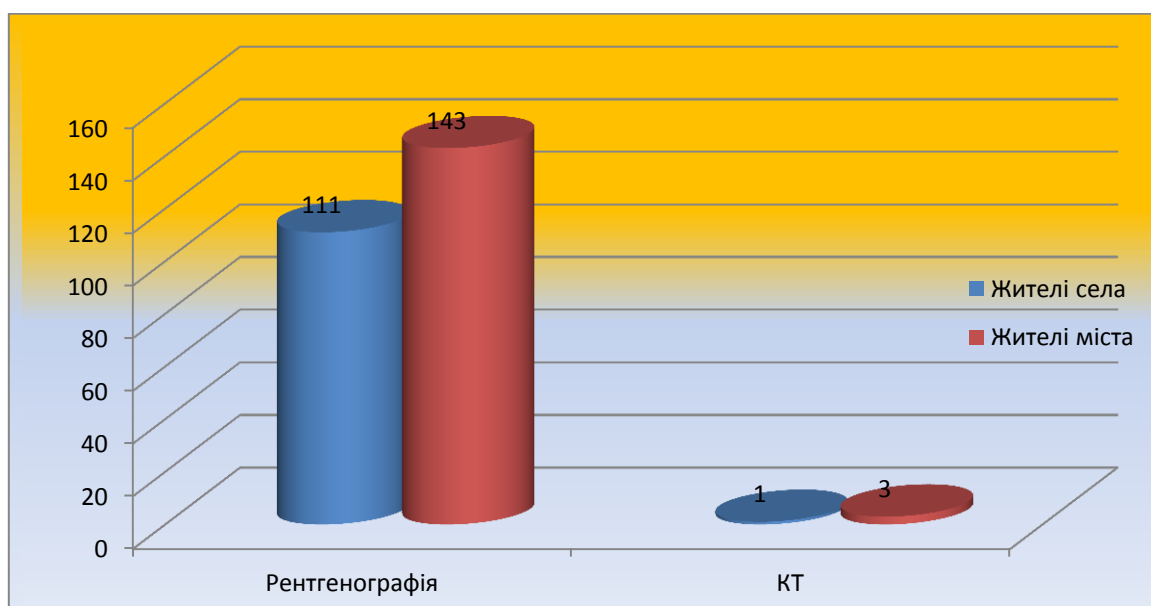


Рис.4.5 Частота первинної променевої діагностики у досліджених груп

Шляхом аналізу рентгенограм та вивченням їх особливостей, було визначено локалізацію плеврального випоту та обраховано 5 варіантів його накопичення у плевральній порожнині. Паракостальне затемнення спостерігалось у 61(23%) хворого; затемнення костодіафрагмального синуса – у 153(59,3%); затемнення «верхньої частки» – у 13(5%), затемнення кардіодіафрагмального синуса – у 26(10,1%), тотальне затемнення гемітораку спостерігалось у 5(1,9%) хворих. У першій групі паракостальне затемнення було виявлено у 22(19,6%) хворих, костодіафрагмальне – у 69(61,6%), затемнення «верхньої частки» – у 5(4,5%), кардіодіафрагмальне – у 14(12,5%), тотальне – у 2(1,8%). У другій групі паракостальне затемнення спостерігалось у 39(26,7%) хворих, костодіафрагмальне – у 84(57,5%), затемнення «верхньої частки» – у 8(5,5%), кардіодіафрагмальне – у 12(8,2%), тотальне – у 3(2,1%) (рис.4.6).

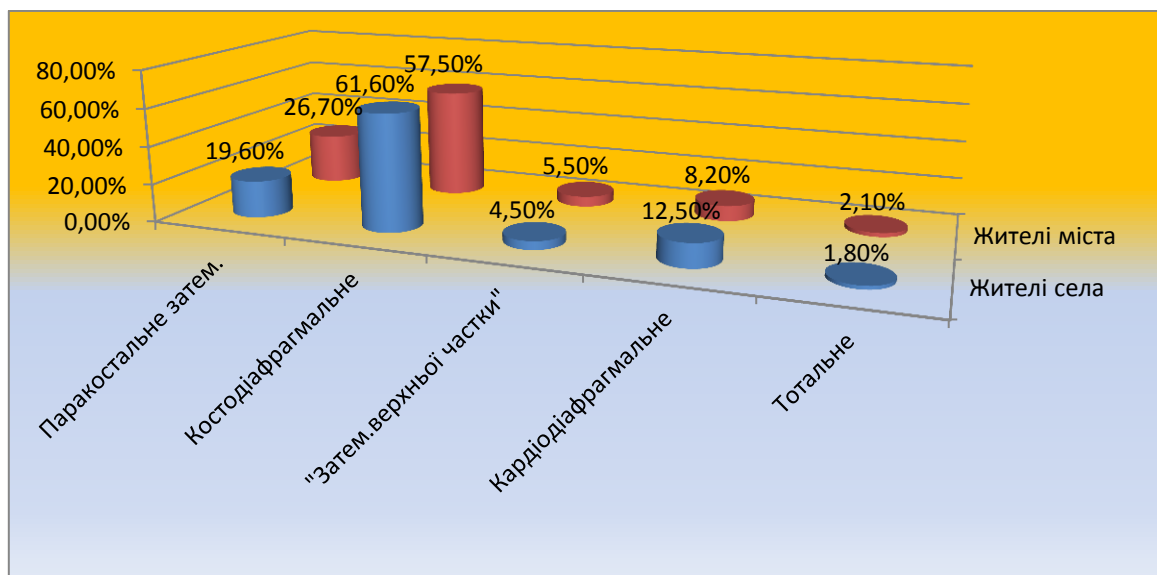


Рис.4.6 Особливості рентгенологічної картини досліджених хворих

Таким чином костодіафрагмальне затемнення спостерігалось у більшості хворих обох груп. На другому місці за частотою було паракостальне затемнення, на третьому – кардіодіафрагмальне, на четвертому – затемнення «верхньої частки», на п'ятому – тотальне.

Супутні утвори у легенях були розподілені на дві групи: дисеміновані та інфільтративні зміни. Дисемінований процес було виявлено у 51(19,8%) хворого з усіх обстежених. Інфільтративні утвори спостерігалися у 40(15,5%) хворих. У першій групі кількість хворих з дисемінованими змінами у легенях мала місце у 20(17,9%) осіб, з інфільтративними – у 16(14,3%). У другій групі дисеміновані зміни зафіксовано у 31(21,2%) хворого, інфільтративні – у 24(16,4%).(рис.4.7)

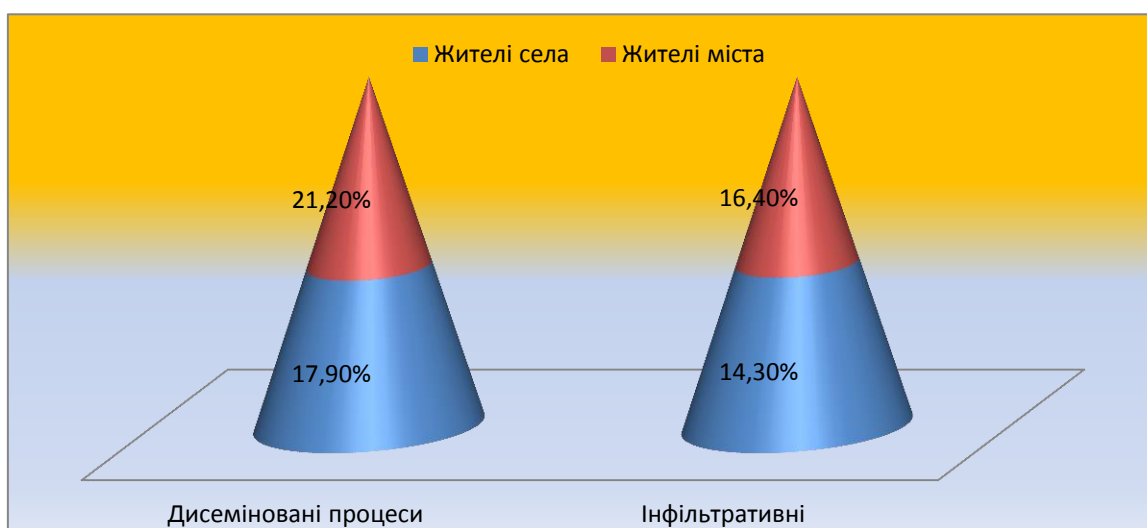


Рис.4.7 Супутні зміни у легенях досліджених хворих

Таким чином, при аналізі рентгенограм було виявлено, що супутні дисеміновані процеси трапляються частіше у хворих з туберкульозом плеври, ніж інфільтративні зміни. Окрім цього, дисеміновані процеси частіше виявлялись у мешканців села.

Тривалість обстеження до верифікації діагнозу була поділена на три періоди: 10-14 днів, більше 14 днів, більше 1 місяця. У першій групі діагноз був верифікований до 10-14 днів у 75(67%) хворих, більше 14 днів – у 28(25%), більше одного місяця – у 9(8%). У другій групі, до 10-14 днів – у 123(84,2%), більше 14 днів – 15(10,3%), більше одного місяця – 8(5,5%)(рис.4.8).

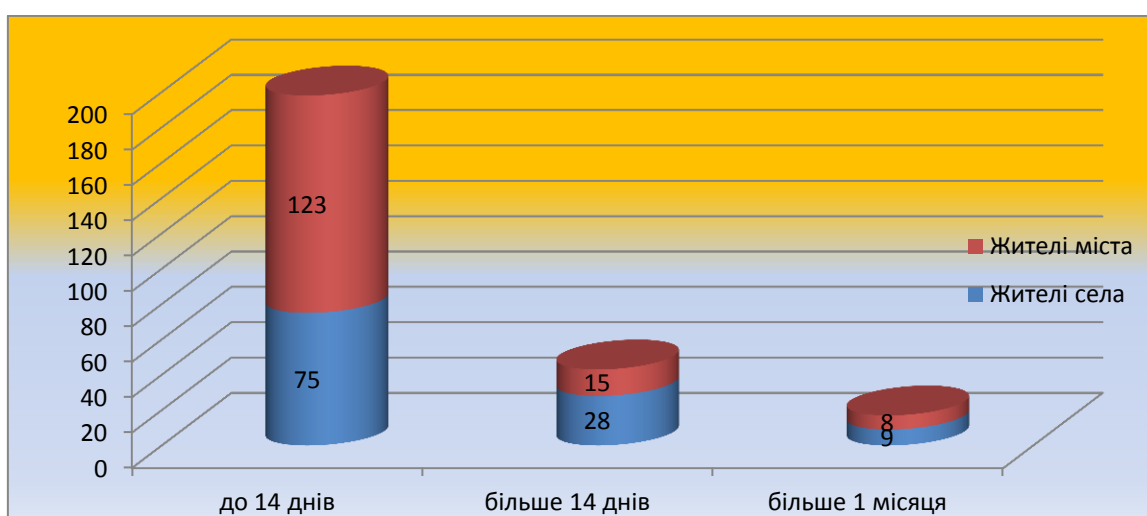


Рис.4.8 Тривалість обстеження хворих до верифікації діагнозу

Виявлення мікобактерій туберкульозу(МБТ) спостерігалось у 93(36%) хворих досліджених груп. У першій групі МБТ було виявлено у 36(32,1%) хворих, у другій групі – у 57(39%).

Цито-гістологічне підтвердження туберкульозного ушкодження плеври проведене у 246 хворих з усіх досліджуваних. За результатами гістологічних були виявлені ознаки туберкульозного плевриту. У першій групі кількість хворих із гістологічним підтвердженням становила 107(95,5%)осіб, у другій групі – у 139(95,2%)(рис.4.9).

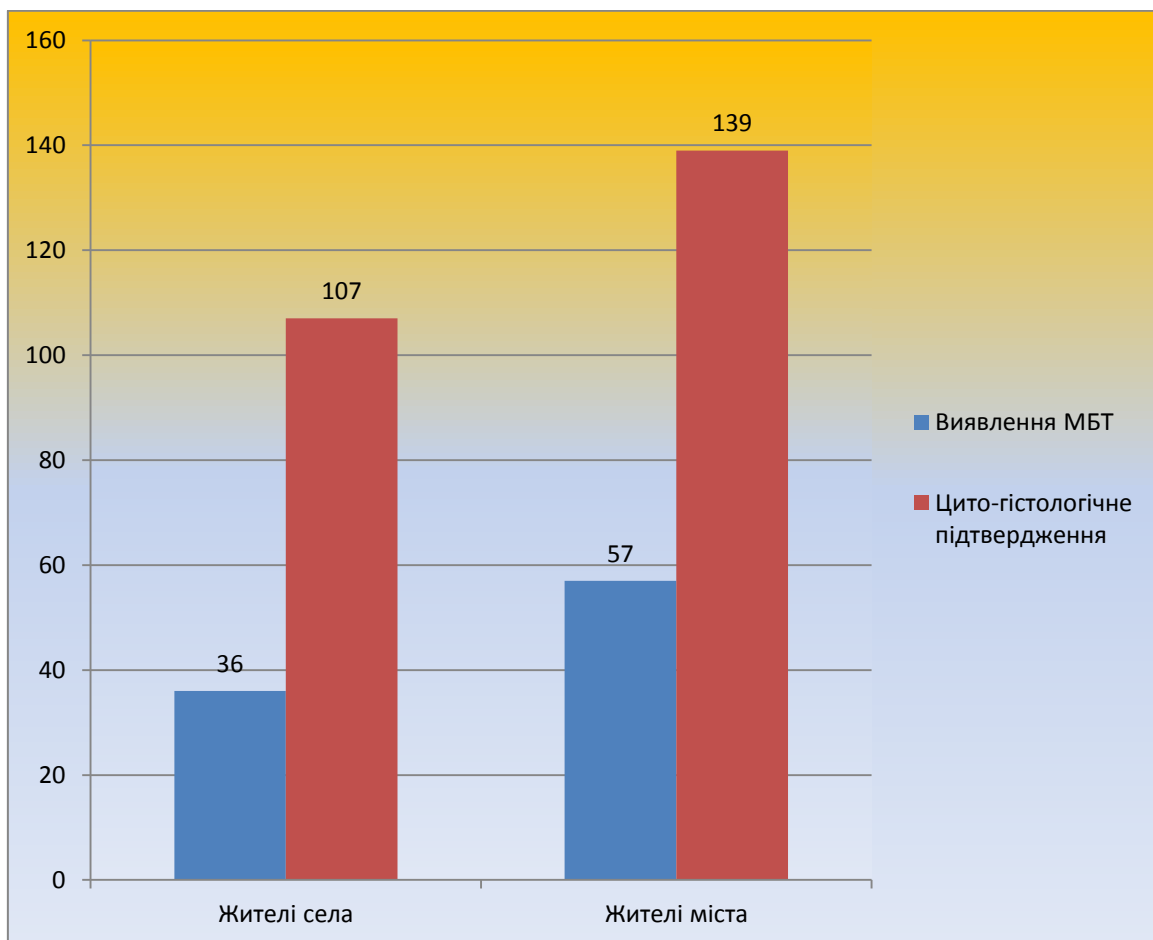


Рис.4.9 Лабораторне підтвердження туберкульозу плеври у досліджуваних групах

Після фізикального і клініко-лабораторного підтвердження діагнозу 246(95,4%) хворих отримали специфічне лікування; 7(2,7%) – неспецифічне, 5(1,9%) хворих були направлені в онкологічний диспансер для визначення подальшої тактики лікування. У першій групі специфічне лікування отримали 107(95,5%) хворих, у другій групі – 139(95,2%). Неспецифічне лікування отримали у першій групі – 3(2,7%)хворих, у другій – 4(2,7%) особи. В онкологічний диспансер направлено 2(1,8%) хворих з першої групи та 3(2,1%) – з другої(рис.4.10).

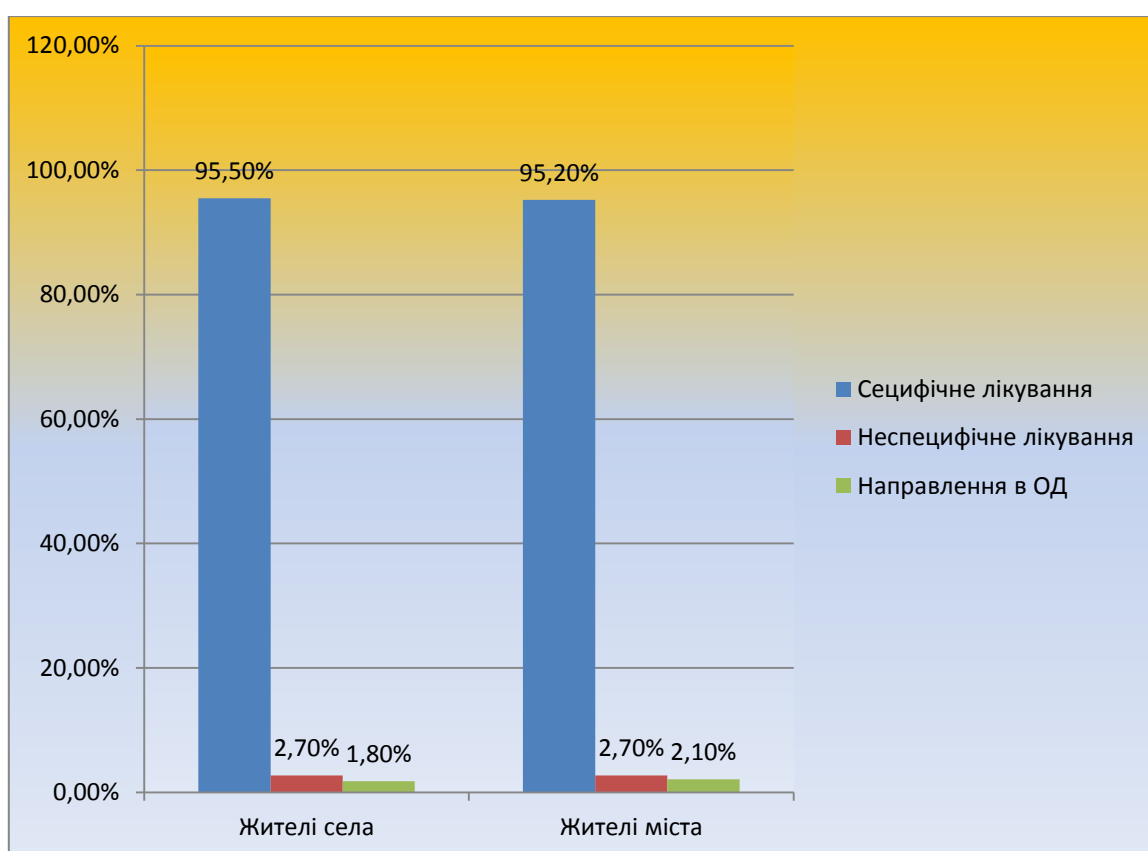


Рис.4.10 Методи лікування досліджених хворих

4.2 Хворі з діагнозом туберкульозний спондиліт

Провівши аналіз історій хвороби пацієнтів було визначено терміни встановлення туберкульозного спондиліту. З таблиці 4.1 видно, що період, впродовж якого був виставлений діагноз, коливався досить суттєво. Так, у 4(14,8%) пацієнтів першої групи цей термін тривав 5 місяців, у другій – кількість пацієнтів склала 7(16,7%). Протягом 6 місяців діагноз був виставлений тільки 9(21,4%) хворим другої групи, 7 місяців було затрачено у 2(7,4%) першої групи, іще 10(23,8%) – у хворих другої групи, у 2(7,4%) хворих першої групи – 9 місяців, 11 міс. затрачено у 3(7,1%) пацієнтів другої групи, у 5(18,5%) із обстежених першої групи – 12 місяців. Таким чином, при встановленні діагнозу до 12 міс. у середньому діагностичний процес у обох досліджуваних групах тривав 7,8 місяці. Разом з тим бачимо, що в цих же групах цей термін мав суттєві відмінності: від 5 до 12 місяців. Також у деяких пацієнтів діагностичний процес затягнувся понад 12 місяців - від 1 до 6 хворих. Всього таких хворих було 27(10,3%). У 6 хворих він тривав 13 місяців, у 3 хворих – 22 місяці (табл. 4.1).

Традиційна оглядова рентгенографія до встановлення діагнозу була застосована у 48(69,6%) хворих впродовж перших 6 міс захворювання. Оглядова рентгенографія деяким хворим виконувалась декілька разів, а бокова - більшій половині хворих, а саме 44(46,3%) особам. У наступні місяці обстеження 29 хворим було виконано ще 77(44,3%) оглядових знімків і 51(53,7%) – бокових (табл. 4.2).

Таблиця 4.1 Тривалість обстеження хворих до верифікації діагнозу

	Загальна кількість хворих	Діагноз встановлено впродовж наступного періоду					
		До 12 місяців			Понад 12 місяців		
		кількість		%	кількість		%
		місяців	хворих		місяців	хворих	
місто	42	7	10	23,8	14	4	9,5
		5	7	16,7	20	3	7,1
		11	3	7,1	17	2	4,8
		6	9	21,4	16	4	9,5
село	27	5	4	14,8	19	1	3,7
		9	2	7,4	13	6	22,2
		7	2	7,4	22	3	11,1
		12	5	18,5	18	4	14,8
Всього	69	7,8	42	14,6	17,3	27	10,3

Таблиця 4.2 Особливості променевого обстеження хворих на туберкульоз хребта

Методи дослідження	В перші 6 міс		В наступні 6-24 міс		Всього	
	Кількість	Відсотки	Кількість	Відсотки	Кількість	Відсотки
Стандартний рентгенологічний в т.ч.	141		124		265	
- оглядова	97	55,8	77	44,3	174	65,7
- бокова	44	46,3	51	53,7	95	35,9
УЗД	38	60,3	25	39,7	63	100
КТ	17	56,7	13	43,3	30	100
У підсумку	196		162		358	100

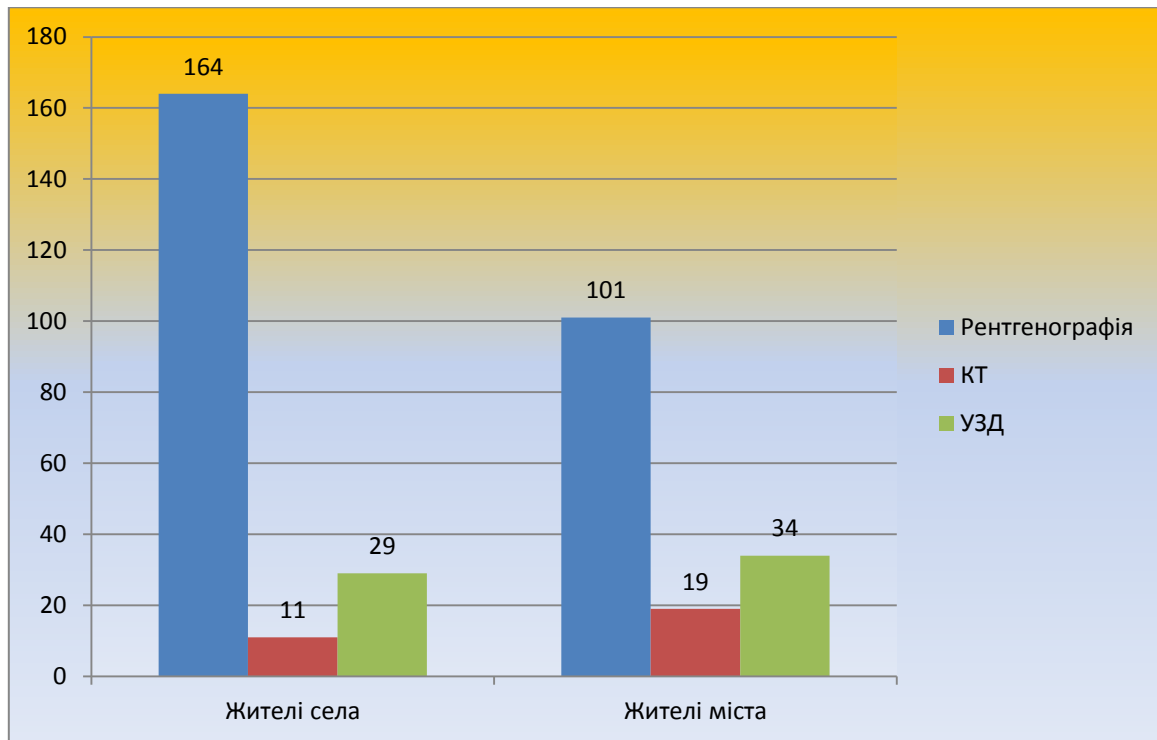


Рис.4.11 Методи обстеження хворих досліджуваних груп

КТ застосовувалась як у ранній діагностичний період, - перші 6 міс спостереження, так і у пізній – наступні місяці спостереження. Всього КТ виконано у 30 хворих. У разі застосування цього методу він давав можливість отримати відповідь в усіх випадках. Так, у перші 6 місяців обстеження методика була застосована у 17(56,7%) хворих, після 6 місяців – у 13(43,3%) пацієнтів. Отримані позитивні дані у ранній період кількісно дозволяли виставити діагноз специфічного спондиліту.

При застосуванні УЗД у перші 6 міс захворювання знаходили ознаки інфільтрації м'яких тканин у біляхребтовій ділянці, хоча їм не завжди надавали відповідного значення, особливо з огляду на від'ємні результати традиційного рентгенологічного дослідження. Кількість обстежених хворих обох груп склала 38(55,1%) осіб. При цьому позитивні УЗ-знахідки за типом «інфільтрації» м'яких тканин мали місце у 9 хворих. Загалом частка позитивних результатів у ранній період склала 13%. У наступний діагностичний період, після 6 місяців спостереження, УЗД було застосоване у 25(39,7%) пацієнтів. При цьому ознаки паравертебрального напливу було встановлено у 7(10,2%) осіб.

Найчастіше зустрічались рентгенологічні феномени, наведені у табл. 4.3. Функціональна блокада на рівні вражених хребців у перші 3 міс клінічних проявів хвороби мала місце у 1 (1,5%) хворого; протягом 3-6 міс – у 3 (4,4%). Протягом наступних 6-12 міс цей феномен був зафіксований у 5 (7,3%) осіб, а після 12 міс – у 3 (4,4%). Таким чином даний феномен трапився у 12 обстежених обох груп, що склало 17,4% від загальної кількості. Найчастіше симптом виявлявся між 6 і 12 місяцями після маніфестації процесу. Отже, цей проміжок часу для встановлення зазначеного симптому рентгенологічним методом найсприятливіший.

Звуження міжхребцевих щілин у перші 3 міс хвороби не було зафіксовано зовсім, а у наступні 3-6 міс зміни зустрілись у 3(4,4%) пацієнтів. У період між 6 і 12 місяцями після маніфестації процесу ця рентгенологічна ознака мала місце у 7(10,2%) хворих. Після року даний симптом відмічено ще у 3(4,4%) пацієнта. Загалом звуження міжхребцевих щілин зустрілось у 13(18,8%) пацієнтів, що можна вважати найхарактернішим для туберкульозного спондиліту.

Нечіткість та потоншення замикаючих пластинок мало місце у 2(2,9%) хворих в період 3-6 міс спостереження. Впродовж наступних 6-12 місяців ця ознака зустрілась у 4(5,8%) пацієнтів, а після 12 міс – ще у 3(4,4%) хворих. Всього цей симптом спостерігався у 9(13%) обстежених.

Наявність деструкції в одному з хребців у перші 3 міс не спостерігали. Впродовж 3-6 міс деструкція виявлена у 3(4,4%) хворих. В наступні 6-12 міс – ця ознака була зафіксована у 2(2,9%) хворих, а після 12 міс – іще у 2(2,9%) пацієнтів. Загалом ця ознака була виявлена у 7(10,2%) обстежених.

Паравертебральні тіні у перші 3 міс захворювання встановлено у 3(4,4%) пацієнтів, у період 3-6 міс – у 1(1,5%), а між 6 і 12 міс – у 3(4,4%) пацієнтів. Після 12 міс спостереження наплив було встановлено у 1(1,5%) хворих. Всього ж паравертебральні інфільтративні тіні у обстежених пацієнтів зустрілись у 9(13%) пацієнтів, що також є патогномонічною ознакою специфічного ураження хребта.

Таблиця 4.3 Рентгенологічні феномени у хворих на туберкульозний спондиліт

№	Рентгенологічні феномени в хребті	До 3 міс		На 3-6 міс		На 6-12 міс		> 12 міс		всього	
		Абсолют. кількість	%	Абсолют. кількість	%	Абсолют. кількість	%	Абсолют. кількість	%	Абсолют. кількість	%
1	Функціональна блокада на рівні вражених хребців	1	1,5	3	4,4	5	7,3	3	4,4	12	17,4
2	Звуження міжхребцевих щілин			3	4,4	7	10,2	3	4,4	13	18,8
3	Нечіткість та потоншення замикаючих пластинок			2	2,9	4	5,8	3	4,4	9	13
4	Наявність деструкції в одному з хребців			3	4,4	2	2,9	2	2,9	7	10,2
5	Поява паравертебральних тіней	3	4,4	1	1,5	3	4,4	1	1,5	9	13
6	Деформація тіл хребта			3	4,4	1	1,5	2	2,9	6	8,7
7	Наявність кутового кіфозу			2	2,9	3	4,4	1	1,5	6	8,7
8	Остеопороз чи остеосклероз	2	2,9	1	1,5	2	2,9	2	2,9	7	10,2
	Всього	6		18		27		17		69	
	%		2,9		3,3		5,1		3,1		12,5

Деформація тіл хребців до 3-х міс від маніфестації хвороби не зустрічалась зовсім. Між 3-6 міс спостереження вона мала місце у 3(4,4%) хворих, у період між 6 і 12 міс – у 1(1,5%) пацієнта, а після 12 міс спостереження – у 2(2,9%) хворих. Таким чином деформація мала місце у 6(8,7%) досліджених хворих.

Наявність кутового кіфозу до 3-х міс обстеження не була виявлена, а зустрілась у 2(2,9%) хворих у перші 3-6 місяців. Між 6 і 12 міс дана ознака мала місце у 3(4,4%) пацієнтів; після року – у 1(1,5%) хворого. Всього дана рентгенологічна ознака спостерігалась у 6(8,7%) обстежених.

Остеопороз та остеосклероз хребців при ретроспективному вивченні рентгенологічного архіву у перші 3 міс дослідження хворих було встановлено у 2(2,9%) пацієнтів. У період 3-6 міс спостереження ці ознаки були виявлені у 1(1,5%) хворого; між 6-12 місяцями – 2(2,9%) хворих, а пізніше 12 міс терміну – ще у 2(2,9%) пацієнтів.

Три останні симптоми як діагностичні застосовуватись не можуть, оскільки вони є результатом, або ускладненням розвиненого та нелікованого туберкульозного спондиліту.

Максимальна кількість рентгенологічних симптомів була виявлена на 6-12 міс обстеження і становила 27(5,1%). Це означає, що потрібно шукати інші клінічні ознаки та більш ранні рентгеноморфологічні симптоми, які б дали право клініцисту і променевому діагносту запідозрити можливість туберкульозного процесу, коли ще не розвинулись значні деструктивні зміни в хребцях та міжхребцевих щілинах, які супроводжуються деформацією хребта і обов'язковими неврологічними та тазовими розладами, що у більшості випадків веде до неминучої інвалідизації хворих.

На всю кількість досліджуваних хворих враження грудного відділу хребта(таб.4.4) зустрілось у 28(40,6%) хворих. Туберкульоз поперекового відділу хребта зустрівся у 19(27,5%) хворих. Враження грудо-поперекового відділу спостерігалось у 19(27,5%) пацієнтів. Туберкульоз шийного відділу зустрівся лише у 3(4,4%)хворих (рис.4.12).

Таблиця 4.4 Особливості враження хребців при туберкульозному спондиліті

Локалізація враження	Кількість вражених хребців																														
	1				2				3				4				5				Всього										
	Ч	ол	ов	ік	Ч	ол	ов	ік	Ч	ол	ов	ік	Ч	ол	ов	ік	Ч	ол	ов	ік	Ч	ол	ов	ік	Ж	ін	ки	Ж	ін	ки	
Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%	Кі	%
Грудний	-	-	2	18,2	4	23,5	5	4,5	4	3	17,7	4	36,4	6	35,3	-	-	4	23,5	-	-	17	41,5	11	39,3						
Поперековий	-	-	1	20	4	28,6	-	-	3	21,4	2	40	4	28,6	1	20	4	28,6	1	20	14	34,2	5	17,9							
Грудно-поперековий	-	-	1	9,1	-	-	2	1,8	5	62,5	2	18,2	3	37,5	3	27,3	-	-	3	27,3	8	19,5	11	39,3							
Шийний	-	-	-	-	2	100	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4,9	1	3,6								
Всього	-	-	4		10		8		11		8		13		4		8		4		41	100	28	100							

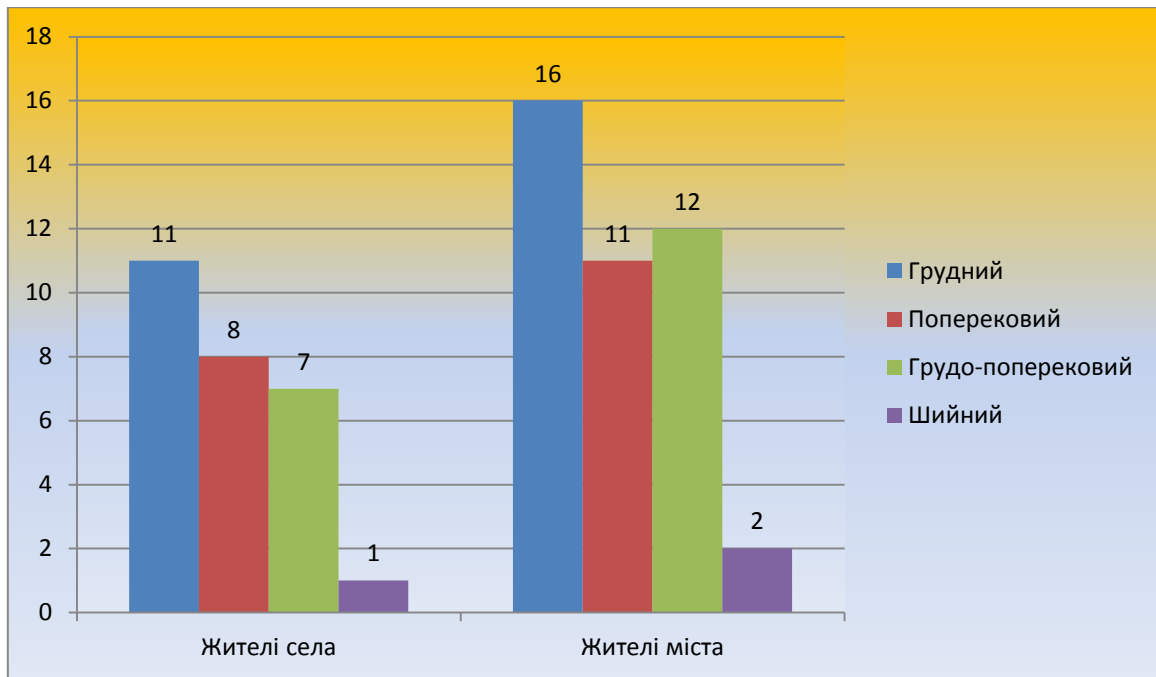


Рис.4.12 Локалізація процесу у хребті серед хворих досліджуваних груп

Загалом туберкульоз хребта дещо частіше зустрівся у хворих чоловічої статі: 41(59,4%) пацієнтів, а у осіб жіночої статі – 28(40,6%). При цьому туберкульоз грудного відділу хребта був зареєстрований майже в однаковій кількості у чоловіків – 17(41,5%) осіб і жінок – 11(39,3%) осіб. Туберкульозний спондиліт поперекового відділу у чоловіків мав місце у 14(34,2%) хворих, у жінок – у 5(17,9%) пацієнток. Туберкульоз цього відділу хребта зустрівся частіше у чоловіків, що можна пов'язати із відповідною професійною зайнятістю та шкідливістю. У той же час враження грудо-поперекового відділу хребта значно частіше мало місце у обстежених жіночої статі, ніж у чоловіків: 11(39,3%) і 8(19,5%) відповідно. Туберкульоз шийного відділу хребта частіше вражав чоловіків: 2(4,9%) і 1(3,6%).

При спондиліті грудного відділу хребта у чоловіків враження 1 хребця не мало місця, а у жінок - у 2(18,2%) осіб. Два хребці було ушкоджено у чоловіків у 4(23,5%) осіб, у жінок – у 5 (45,5%) випадках. Три хребця у чоловіків були ураженими у 3(17,7%) осіб, у жінок – у 4 (36,4%) осіб. Ураження чотирьох хребців спостерігалось тільки у чоловіків – у 6(35,3%) хворих. П'ять хребців були втягнуті у процес, також тільки у осіб чоловічої статі, у 4(23,5%).

При спондиліті поперекового відділу хребта 1 хребець був вражений лише у жінок – у 1(20%). Враження двох хребців були вражені тільки у

чоловіків у 4(28,6%). Три хребця у чоловіків і жінок були втягнуті у процес: у 3(21,4%) і 2(40%) відповідно. Чотири хребці були враженими у 4(28,6%) чоловіків та у 1(20%)жінки. При враженні п'яти хребців дані були такими ж:4(28,6%) і 1(20%) відповідно.

При грудо-поперековому спондиліті у чоловіків ураження 1 і 2 хребців не мало місця. Враження 1 хребця у жінок зустрілось у 1(9,1%), двох хребців- у 2(18,2%) осіб. Три хребця були втягнутими у патологічний процес у 5(62,5%) чоловіків і у 2(18,2%) жінок. Чотири хребця у чоловіків і жінок були втягнуті у процес у однаковій кількості, по 3 осіб (37,5% і 27,3%) відповідно. П'ять хребців було враженими тільки у осіб жіночої статі- у 3(27,3%).

Патологія шийного відділу хребта була зафіксована у 3(4,4%)осіб. Враження двох хребців зустрілось у 2(100%) осіб чоловічої статі і у 1(100%) – жіночої.

ПІДСУМКИ

Було проведено дослідження, під час якого були вивчені особливості діагностики позалегенового туберкульозу. Відбулось спотереження хворих туберкульозом плеври та туберкульозним спондилітом. Загальна кількість хворих склала 327 осіб, з яких 258(78,9%)- хворі туберкульозом плеври, 69(21,1%) - пацієнти з туберкульозним ураженням хребта.

При виконанні даних досліджень було виявлено, що захворюваність на туберкульоз плеври сягає високого рівня і зросла на 1,2% у 2015 році у порівнянні з 2012 роком.

Захворюваність на туберкульозний спондиліт виросла на 5,1% у 2015 році у порівнянні з 2012 роком.

Туберкульоз плеври, в основному, маніфестував у зимовий період – 31,8% осіб у обстежуваних двох груп.

Активне виявлення ТБ плеври було у 239(92,6%) пацієнтів, пасивне – у 19(7,4%).

У всіх випадках ТБ плеври підтвердження СПВ відбувалось за допомогою променевого обстеження, головним методом якого була – рентгенографія(98,4%).

Туберкульозне ураження плеври було підтверджене за допомогою цито-гістологічного дослідження у 95,3% випадків протягом 6-8 тижнів.

Верифікація туберкульозного спондиліту серед досліджуваних обох груп, у середньому ,коливалась в межах 6-10 місяців, коливання склали від 5 до 22 місяців.

Максимальні зміни у хребті спостерігались на 6-12 місяці обстеження.

Незважаючи на те, що у значної кількості хворих рентгенологічне дослідження було проведене ніби своєчасно, діагноз виставлявся або із значним запізненням, або після застосування КТ-дослідження, яке є більш інформативним при туберкульозному спондиліті.

ВИСНОВКИ

1. За період 2012-2015 року хворі на туберкульоз плеври склали 258 осіб, з яких у 2012 було 65(25,2%)осіб, у 2013 – 61(23,6%) осіб, у 2014 – 64(24,8%)осіб, у 2015 році – 68(26,4%)осіб.

При проведенні розподілу за статтю кількість чоловіків склала 187(72,5%) за весь період дослідження, жінок – 71(27,5%).

Більшість досліджених належали до мешканців міста – 146(56,6%), мешканців села було – 112(43,4%).

Переважаюча кількість хворих належала до середньої вікової групи: 30-39 – 40-49 років (85(32,2%) та 80(31,8%)).

Не працюючі особи, із обстежених хворих, склали 65,9%.

2. Хворих на туберкульозний спондиліт у 2012 році було 13(18,8%)осіб, у 2013 – 15(21,7%), у 2014 – 18(26,1%), у 2015 – 23(33,4%)осіб.

Поміж цих хворих чоловіків було 41(59,4%)особи, жінок – 28(40,6%). Кількість мешканців міста склала більшість досліджених – 42(60,9%), мешканців села було – 27(39,1%)осіб.

У віковій структурі переважали хворі старшої (60 і більше)вікової групи – 31(45%).

Частіше хворіли, ті, що не працювали – 36(52,2%), дещо меншу частину досліджених склали пенсіонери – 19(27,5%)осіб.

3. В усіх обстежених хворих туберкульоз плеври маніфестував синдромом плеврального випоту; характерним симптомом був біль – у 146 осіб (56,7%). Провідним варіантом накопичення плеврального випоту, при досліджуванні рентгенограм, було затемнення костодіафрагмального синуса – 153(59,3%). Також, були виявлені дисеміновані зміни легеневої тканини у 51(19,8%), що були наслідком чи ускладненням основного процесу.

3.1 Найхарактернішим проявом туберкульозного спондиліту було звуження міжхребцевих щілин, яке спостерігалось у 13(18,8%) хворих. Патогномонічною ознакою для туберкульозного спондиліту була наявність паравертебральних тіней(9 осіб – 13%). Туберкульозне ураження хребта локалізувалося у грудному відділі більшості хворих – у 28(40,6%) досліджених. Туберкульозний спондиліт поперекового відділу вражав більше

осіб чоловічої статі – 14(34,2%), поміж осіб жіночої статі переважало ушкодження грудо-поперекового відділу – 11(39,3%). Найчастіше спостерігалось ураження трьох хребців одночасно – 19(27,5%).

4. У зв'язку з тим, що верифікація основного захворювання у деяких хворих, а саме 17,8% осіб з туберкульозом плеври та 10,3% з туберкульозним спондилітом, займала значний термін (більше 1 місяця і більше одного року відповідно), перебіг хвороби у цих випадках погіршувався. При обстежувані хворих з ТБ плеври, у них виявлялись дисеміновані чи інфільтративні утвори легеневої тканини, що ускладнювали перебіг основного процесу – у 91(35,3%) досліджених.

4.1 Ускладненнями розвиненого та несвоєчасно лікованого туберкульозного спондиліту виступали наступні симптоми: остеопороз та остеосклероз хребців у 10,2% хворих, наявність кутового кіфозу – у 8,7% осіб, деформація тіл хребців- у 8,7%.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальні питання діагностики та лікування позалегенового туберкульозу / І. В. Петренко, Л. Д. Тодоріко, А. В. Бойко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ – інфекція. – 2013. - № 3. – С. 86 – 94
2. Аналіз первинного виходу на інвалідність хворих на позалегеновий туберкульоз у Луганській області за період 2007 – 2009 роки / Клішина Л.С., Баранова В.В, Полякова В.Г., Стоянова О.О., Миронова Л.А.// Укр. мед. Альманах – 2011. – Том 14.- № 5. – С. 78-80
3. Внелегочной туберкулез: Руководство для врачей / под ред. А.В.Васильева. – СПб., - 2000. – 327 с.
4. Вплив територіального чинника на своєчасність верифікації синдрому плеврального випоту / І.Д. Дужий, Г. П. Олещенко, І.Я. Гресько, В.О. Олещенко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ – інфекція. – 2016. - № 3. – С. 46 – 51
5. Голка Г.Г Шляхи підвищення ефективності лікування туберкульозного спондиліту / Г.Г. Голка // Ортопедія, травматологія і протезування. – 2004. - № 2. – С. 14 -18
6. Голка Г.Г. Костно - суставной туберкулез – актуальная проблема здравоохранения / Г.Г. Голка // Укр. пульмон. жур. – 2004. - № 1. – С. 54-56
7. Голка Г.Г., Хвисяк О.М. Кістково – суглобовий туберкульоз. – Харків, Прапор, 2004. – 120 с.
8. Диагностика и лечение внелегочного туберкулеза : практическое руководство / под ред. М.И. Перельмана, Ю.Н. Левашева. – М. : Медицина и жизнь, 2002. – 360 с.
9. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври [Текст] /І.Д.Дужий.Київ:Здоров`я,2000.-382 с.
10. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія [Текст] /І.Д.Дужий.- Київ:Здоров`я,2000.-382 с.
11. Дужий І.Д. Труднощі діагностики хвороб плеври: монографія. – Суми: Мрія, 2007. – 560с.
12. Завалев В.И. Система оказания специализированной помощи больным внелегочными формами туберкулеза /В.И. Завалев, Н.Н. Островская, В.В.Устин // Материалы VIII Российского съезда фтизиатров – Проблемы внелегочного туберкулеза. – 2005. – С. 1- 5.
13. Иванов В.М. Клинико – лабораторные особенности при туберкулезе и остеомиэлите позвоночника / В.Н. Гусева, Р.И. Шендерова [и др.] // Probl.туберк. и болезней легких. – 2003. - № 10. – С. 34 – 37

14. Ковешникова Е.Ю. Туберкулезный спондилит сегодня: клиническо – епидемиологические особенности / Е.Ю. Ковешникова, Е.В. Кульчавеня // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 2. – С. 5 – 8.
15. Лавров В.Н. Диагностика и лечение больных туберкулезным спондилитом / В.Н. Лавров // Пробл. туберкулеза. – 2001. - № 4. – С. 30-32
16. Лискина И.В. Туберкулезные плевриты: епидемиологические и клиническо – анатомические аспекты, современное состояние проблемы в Украине // Укр. пульмон. журн. – 2004. – № 1. – С. 47 -50
17. Матусевич В. Г., Ареш'ева. та ін. Особливості підходів до діагностики позалегенового туберкульозу в сучасних умовах // Укр. пульмонолог. журн. – 2000. - № 3. – С. 69 – 70
18. МОЗ України. Центр медичної статистики МОЗ України. Туберкульоз в Україні (аналітично – статистичний довідник за 1999 – 2009 роки). – К., 2010. – 93 с.
19. Назиров П.Х. Повышение эффективности хирургического лечения распространенных форм туберкулеза позвоночника / П.Х. Назиров, А.А. Уразбаев // Проблемы туберкулеза. – 2008. - № 4. – С. 32 – 34
20. Панасюк О.В. Універсальний алгоритм діагностики туберкульозу різної локалізації / О.В. Панасюк, В.О. Панасюк, Г.В. Радиш // Укр. пульмон. Журн. – 2008. – № 3. – С. 65 -69.
21. Перецманас Е.О. Диагностика и хирургическое лечение специфического и неспецифического спондилита: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Е.О. Перецманас. – Москва, 2006. – 23 с.
22. Перецманас Е.О. Причины появления инвалидизирующих форм туберкулезного спондилита / Е.О. Перецманас // Проб. Туберкулеза. – 2002. - № 6. – С. 6 – 7
23. Порівняльні дані про розповсюдження туберкульозу та ефективність протитуберкульозних закладів України за 1995 – 2006 р. р. / Київ, 2007. – 61 с.
24. Проблема кістково – суглобового туберкульозу в Україні і шляхи її подолання / Г.Г. Голка, А.Г. Істомін, Т.Г. Голка, С.П. Топчій // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ – інфекція. – 2010. - № 2. – С. 92 – 95
25. Проблема туберкульозу в Україні / В.І. Петренко, Р.Г. Процюк // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ – інфекція. – 2015. - № 2.- С. 16 – 29.

26. Променева діагностика туберкульозного спондиліту / Д.Д. Бітчук // Медицина сьогодні і завтра . – 2014. - № 4 (65). – С. 88 – 96
27. Система діагностики захворювань плеври та синдрому плеврального випоту: навч. посіб. / І.Д. Дужий, М.Д. Близнюк, А.В. Юрченко. – Суми: Вид-во СумДУ, 2010. – 38 с.
28. Соколов В.А. Дифференціальна діагностика плевральних выпотів [Текст] / В.А.Соколов, А.В.Савельєв., С.Ю.Красноборова [и др.] //Променева діагностика и променева терапия.-2001.-№3.-С.24-28.
29. Стогова Н.А. Особенности діагностики парапневмонического и туберкульозного ексудативного плеврита [Текст] /Н.А.Стогова //Пульмонологія.-2004.-№5.-С.51-54.
30. Туберкульоз в Україні: аналітично – статистичний довідник за 2014 рік. – Кіровоград: ПОЛІУМ, 2014. – 105 с.
31. Туберкульоз в Україні: аналітично – статистичний довідник. – К., 2015 -142 с.
32. Фещенко Ю.І. Туберкульоз позалегенової локалізації. / Ю.І. Фещенко, І.Г., Ільницький, В.М. Мельник, О.В. Панасюк – Київ: Логос, 1998. – 378 с.
33. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Організація контролю за хіміорезистентним туберкульозом в Україні. – К.: Здоров'я, 2013. – 703 с.
34. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. – К., Здоров'я, 2002. – 904 с.
35. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Матусевич В.Г. та ін. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006 – 2011 // Укр. пульмон. журн. – 2011. - № 4. – С. 5 - 10
36. Angular kyphosis as an indicator of the prevalence of Pott's disease in Tanskei / S. Rajasekaran, T.K. Shanmugasundaram, R. Parabhakar [et al.] // S. Afr.Med.J. – 2004. – Vol. 84. - P.614
37. Bivol S., Turcanu Gh., Mosneaga A. et al. Barriers and facilitating factors in access to health services in the R. Moldova // Chisinau, 2012.
38. Calduch E.N., Diaz A., Diaz M. Ethical and legal issues related to health access for migrant population in the Euro-Mediterranean area / Eurosurveillance.- 2008.- Vol. 13. – P. 1-3.
39. Currie S., Galea-Soler S., Barron D., Chandramohan M., Graves C., MRI characteristics of tuberculosis spondylitis // Clinical Radiology. – 2011. –66. – P.778-787

40. Extra-pulmonary and pulmonary tuberculosis in Hong Kong / K. Noertjojo, C. M. Tarn, S. L. Chan [et al.] // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* – 2002. – V. 6, № 10. – P. 879-886.
41. Kostov K. Tuberculous spondylitis: analysis of 22 cases / K. Kostov, K. Petrov // *Acta Neurol. Belg.* – 2009. – Vol. 109, № 2. – P. 127 - 130
42. Kotik K. Craniovertebral junction Pott's disease / K. Kotik, S. Dalbayrak, S. Alan // *British Journal of Neurosurgery.* – 2004. – Vol. 18. – P. 11
43. Leibert E. Spinal tuberculosis / E. Leibert, G. Haralambou // *Tuberculosis / W.N. Rom, S.M. Garay.* – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. – P. 565 -576.
44. Lesnic E.V., Nigeleanu A., Todorico L., Tuberculosis and hard-reach group – migrant population // *Curierul medical.*- 2015.- Vol. 58, № 4. – P. 57-63
45. Oguz E. & Sehirlioglu A. & Altinmakas M. & Ozturc C. & Komurcu M. & Solakoglu C. & Vaccaro A.R. A new classification and guide for surgical treatment of spinal tuberculosis // *International Orthopaedics (SICOT).* – 2008. – 32. – P. 127-133
46. Ravinda Kumar Garg. Spinal tuberculosis: A review // *J. Spinal. Cord. Med.* – 2011. – Vol. 34(5). – P. 440 - 454.
47. Safo Stella, Lieberman Gillian. POTT'S DISEASE: A Radiological Review of Tuberculous Spondylitis. Harvard Medical School. Beth Israel Deaconess Medical Center. April 2009.
48. Sattar A. L. Diagnostic usefulness of MRI in discrimination of tubercular spondylitis from pyogenic spondylitis / A. L. Sattar // *Dinajpur. Med. Col. J.* – 2013. – Vol. 6, № 2. – P.185 - 188
49. Sharma S.K. Extrapulmonary tuberculosis / S. K. Sharma, A. Mohan // *Indian J. Med. Res.* – 2004. – V. 120 (4). – P. 316 - 353
50. WHO. Global tuberculosis report 2013 / WHO.- Geneva:WHO.2006. – 306P. 2013. – 289 p.