



І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко,
О. В. Кравець, В. В. Бряник,
О. П. Юрченко

Сумський державний
університет, навчально-
науковий медичний інститут

© Колектив авторів

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ

Резюме. *Вступ.* Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я у світі щорічно виявляється близько 10 млн вперше захворівших на туберкульоз, 1,5 млн з них помирає. Легеневий і позалегеневий туберкульоз нерідко перебігає нетипово під масками інших захворювань, що затримує діагностику. У рамках реорганізації охорони здоров'я і фтизіатричної служби скорочена кількість фтизіатрів і знайти фахівця не просто, що визначає актуальність проблеми.

Мета роботи. Загострити увагу лікарів первинної ланки і фахівців на можливостях нетипового перебігу різних форм туберкульозу.

Матеріали і методи. Спостерігали 5 хворих на кісткові форми туберкульозу, а поміж них 2-х хворих на осумковані форми емпієми плеври.

Результати та їх обговорення. Хворі на кістковий туберкульоз спостерігалися різними фахівцями до встановлення діагнозу 4 – 6 місяців. Оперували хворих на тлі гепаринопрофілактики тромбоемболій.

Висновки. З метою запобігання діагностичних помилок про туберкульоз потрібно про нього пам'ятати і застосовувати бактеріологічні методи діагностики. При оперативних втручаннях у осіб старшого віку потрібна гепаринопрофілактика.

Ключові слова: *діагностика, туберкульоз, плечовий суглоб.*

Вступ

Туберкульоз залишається надзвичайно поширеним інфекційним захворюванням, яке зовсім недавно (МОЗ) в Україні відносили до особливо небезпечних захворювань, ставлячи поряд із холерою, чумою і віспою. Небезпечність захворювання визначається шляхами передачі інфекції, провідним із яких є повітряно-крапельний, що значно підсилює небезпеку інфікування та повторного зараження [1]. Останнє, враховуючи масивність «накопичення» мікобактерій в організмі людини, багаторазово підсилює можливість розвитку захворювання при створенні для цього належних умов у інфікованих. Провідне місце при цьому займає зниження імунітету на всіх його рівнях. У країнах Східної Європи і ряду азійських туберкульоз переважно вражає легені і менш часто — інші органи. В Україні легеневий туберкульоз трапляється у 94–96 % хворих, тоді як у західних країнах і розвинених країнах Америки такий відсоток (94–96 %) туберкульозу «посідають» позалегеневі процеси, а саме: туберкульоз кісток, сечо-статевого туберкульозу, туберкульоз лімфатичних вузлів (інтраторакальних, абдомінальних та периферійних) і не дуже часто — туберкульоз нервової системи. Останню обставину потрібно добре пам'ятати, оскільки диференціальний діагноз цих процесів достатньо, якщо не дуже, складний [2, 3].

За останніми даними ВООЗ третина населення світу інфікована мікобактеріями туберкульозу. За цим зрозуміло, що для розвитку захворювання потрібно небагато, а саме: зрив належного рівня імунітету. З огляду на це у світі щорічно виявляється від 8 до 9 мільйонів осіб, що захворіли на цю інфекцію. Приблизно півтора мільйона поміж тих, що вперше захворіли, помирають. Переважна більшість таких пацієнтів проживає в регіонах, що розвиваються. Зрозуміло чому ця поважна організація у 1993 році минулого століття оголосила світову проблему щодо цієї інфекції, визнавши наявність епідемії у багатьох країнах. Україна за даними ВООЗ увійшла до країн з високою захворюваністю на туберкульоз на рівні епідемії. У нашій країні щорічно реєструють близько 20 тисяч нових випадків виявленого туберкульозу. Кожен шостий із цих хворих помирає у перші 3–6 місяців захворювання [3–5]. У Азіатських і африканських країнах проблема не є менш гострою. Згідно зі звітом ВООЗ (2019) «Епіднадгляд і моніторинг за туберкульозом у Європі» Україна увійшла до 5 країн з найбільш високим рівнем захворюваності на туберкульоз. За цими ж даними, враховуючи рецидиви, у нашій країні фіксують приблизно 27 тисяч нових випадків захворювання. У цьому звіті відмічається, що біля 25 % випадків захворювання у нашій країні не довиявляються. А це свідчить за те,



що кількість джерел інфекції збільшується, але значна їхня кількість залишається «прихованою», що вельми небезпечно. За даними МОЗ України близько 3700 наших співгромадян щорічно помирають від цієї недуги [3, 6].

Найбільш тривожним є факт, за яким в Україні зафіксована найбільша у світі кількість хворих на туберкульоз з множинною стійкістю мікобактерій туберкульозу — мультирезистентний туберкульоз. Поряд із цим у нашій країні мають місце гірші показники лікування, ніж у Європі. Особливо небезпечним є те, що кожен другий хворий на мультирезистентний туберкульоз невиліковний, а це за Наказом МОЗ України від 04.06.2020 р. за № 1308 означає, що такі хворі переводяться на паліативне лікування, залишаючись на амбулаторному режимі [7]. Зрозуміло, що це збільшує «перспективи» інфікуватися (заразитися) резистентними штамми мікобактерій. Попри все наведене підкреслимо, що у значному відсотку випадків легеневої і особливо позалегеневої туберкульоз перебігає субсимптомно, оскільки хворі у більшості випадків «не гидують» зловживанням алкоголю і, окрім усього іншого, палять.

Ознаки цих двох етапів зміщують думки в іншому напрямі не лише хворих, а й лікарів, що нерідко створює непереборні діагностичні труднощі, особливо у випадках позалегеневого туберкульозу, що визначає актуальність проблеми. Остання є більш важливою на тлі реорганізації охорони здоров'я та реформування фтизіатричної служби, за якої у більшості областей України залишається по декілька (9–10) фтизіатрів, а вузьких спеціалістів немає, зокрема, фтизіатрів-ортопедів.

Мета дослідження

Загострити увагу загальних хірургів та лікарів первинної ланки на складнощах діагностики та особливостях лікування хворих на позалегеневої і легеневої туберкульоз і особливостях попередження тромбоземорагічних ускладнень у післяопераційний період.

Матеріали і методи досліджень

Під нашим спостереженням було 5 хворих з кістковим туберкульозом, які тривало лікувалися у терапевтів, невропатологів, хірургів. У двох із них виявився обмежений локалізований плеврит (хронічна емпієма плеври). Остаточний діагноз виставлявся після нашої консультації. Обстеження виконувалося за традиційними методами із застосуванням променевої та туберкулінової діагностики. Двом хворим виконане оперативне втручання на плеврі та ребровому каркасі із застосуванням гепаринопрофілактики тромбоземорагічних ускладнень

призначенням низькомолекулярних гепаринів (фраксипарин).

Результати досліджень та їх обговорення

Поміж цих 5 хворих було 4 особи чоловічої статі, 1 — жіночої. Вік хворих чоловічої статі був у межах 54–67 років, жіночої статі — 48 років. Тривалість захворювання до нашої консультації склала 4–6 місяців. Усі хворі не працювали головним чином з огляду на пенсійний вік. Захворювання у 3-х хворих перебігало субклінічно: незначні болі у плечовому і ліктьовому суглобах при фізичному навантаженні, пов'язаному з великою амплітудою рухів, деяка слабкість у м'язах відповідних (верхніх) кінцівок. Інколи болі «стріляли» по задній поверхні кінцівок аж до кисті.

Кашель турбував головним чином вранці з незначною кількістю мокротиння. Проте хворі на нього не звертали уваги, оскільки були тривалими курцями і кашляли «скільки себе пам'ятали». На перших етапах захворювання пацієнти зверталися до терапевтів першої ланки діагностики. Дослідження крові і сечі не мали відхилень від норми. Після двотижневого лікування неспецифічними протизапальними препаратами хворі консульгувалися невропатологами, а потім хірургами. Вітамінотерапія та фізіотерапевтичні заходи стан не кращали.

Після фізіотерапевтичного лікування у всіх цих хворих (3) з'явилося «загострення» процесу: збільшився біль, з'явився набряк і змінив колір шкіри (близький фіолетово-сизувато), збільшився біль при пальпації. Хворі до цього часу лікувалися у різних медичних закладах.

Після нашої консультації хворим було виконано рентгенографію у двох проекціях. Встановлена наявність випоту у суглобових сумках (плечового суглобу) і деструкція суглобових поверхонь плечової кістки. Одночасно із цим виконана оглядова рентгенографія грудної клітки, при якій встановлено наявність вогнищ відносно правильної форми розміром 4–6 мм у діаметрі, середньої щільності, деякі з них мали інкрустацію кальцію; поширеність вогнищевих змін захоплювала верхню долю справа у двох, у третього — мало місце враження верхньої долі зліва.

У мокротинні одного хворого знайдено мікобактерії туберкульозу нечутливі до рифампіцину і тубазиду. У двох інших — збудники туберкульозу не знайдено. Проте, у пунктаті одного із суглобів мікобактерії були висіяні.

У двох хворих захворювання проявилось болями у правій половині грудної клітки у спокої, які підсилювалися при рухах, глибокому диханні і кашлі. Захворювання супроводжувалося температурою до 38,0–38,2 °С. Під час



огляду хірурги знайшли болісність VI ребра по середньо-аксиллярній лінії з флюктуючим набряком.

Ураховуючи наведене був діагностований остеомиєліт ребра, з приводу якого після відповідної антибактеріальної терапії і загальної підготовки виконано резекцію у межах здорових тканин. Морфологічне заключення: туберкульоз ребра. У післяопераційний період у хворого розвинулася торакальна нориця, з приводу якої наша консультація з переведенням у клініку.

При госпіталізації: справа в аксиллярній зоні післяопераційний рубець у центрі якого сформований норицевий хід з виділенням «брудного» білого кольору ексудату. Мікроскопічне дослідження шляхом Jeen Xpert виявило мікобактерії резистентні до рифампіцину та ізоніазиду. На оглядовій рентгенограмі праве легеневе поле звужене, плевральні нашарування від III ребра донизу. У базально-бокових відділах інтенсивне затемнення, яке виповнює костодіафрагмальний синус, на цьому тлі декілька «просвітлень» (повітря?).

У легені на всьому протязі вогнища середнього і дрібного розміру, більшість з них щільного характеру на тлі деформованого легеневого малюнка. Виконана плевральна пункція з аспірацією 120 см³ ексудату, аналогічного за зовнішнім виглядом до виділень із норицевого отвору. Виконана плеврографія у 3-х проєкціях. Встановлено осумковану емпієму з торакальною норицею. Щоденно виконувалися промивання порожнини антисептичними розчинами.

З огляду на те, що емпієма мала хронічний характер специфічного генезу, а у легені — залишкові зміни дисемінованого туберкульозу, виникло питання про застосування оперативного втручання за типом часткової парієтальної плевректомії і одного з варіантів нижньо-базальної торакопластики [8].

Ураховуючи вік хворого, що є ризиком розвитку гіперкоагуляції з відповідними наслідками, хронічного легеневого процесу (дисемінований туберкульоз у фазі ущільнення і кальцинації) та хронічної форми емпієми, оперативне втручання виконане на тлі передопераційної (за добу), операційної і післяопераційної гепаринопрофілактики (фраксипарин) тромбо-гемо-

рагічних ускладнень. Операційний і післяопераційний період без ускладнень.

Обговорюючи даний випадок, бачимо, що хворий у минулому переніс дисемінований туберкульоз правої легені, який можливо тоді ж ускладнився базальним плевритом, про який хворий нічого не знав, але зрозуміло, що легеневий туберкульоз, чи емпієма плеври ускладнилися туберкульозом ребра, яке тривало лікували протизапальними препаратами, які зрозуміло не могли допомогти.

Туберкульоз ребра за рахунок перипроцесу «з'єднався» з емпіємною порожниною, викликав розвиток емпієми nicesitatis з торакальною норицею. Лише розвиток останньої «допоміг» у діагностиці захворювання. Незважаючи на старший вік хворого і поширений патологічний процес, оперативне втручання на тлі гепаринізації принесло успіх без будь-яких ускладнень.

Інший випадок стосується також обмеженої базальної емпієми у хворого 67 років, якому було виконане подібне оперативне втручання на тлі гепаринотерапії без будь-яких післяопераційних ускладнень.

У 3-х хворих з артритом плечового суглоба туберкульозного генезу патологічні процеси маніфестували і перебігали атипово, як більшість туберкульозних процесів, що викликало непорозуміння у лікарів первинної ланки і консультантів, поміж яких невропатологи, хірурги, фізіотерапевти. Більше того, це вело до застосування фізіотерапевтичних методів лікування, які у подібних випадках протипоказані, що і вело до активізації захворювання. Лише останнє не спонукало до нашої консультації і верифікації діагнозу.

Висновки

Туберкульоз позалегенової локалізації, особливо кістковий, маніфестує і перебігає частіше субклінічно та атипово.

З метою своєчасної активної діагностики туберкульозу доцільно відновити інститут фтизіатричної допомоги у кожному районному регіоні.

Необхідно ввести фахівців вузького фаху, особливо фтизіатрів-ортопедів.

Оперативні втручання на грудній клітці із застосуванням гепаринопрофілактики до —та під час операції можуть виконуватися без обмежень

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Reports 1997–2021 / WHO. Geneva: World Health Organization; 2021. URL: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>
2. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Доступно: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statistichni-materiali-z-tb>.
3. Звіт України про досягнутий прогрес у досягненні цілей політичної декларації, прийнятої під час наради високого рівня генеральної асамблеї ООН з туберкульозу 26 вересня 2018 року, Звітний період:



- 2019–2020 pp. Доступно: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_zvit_UA_2019_2020.pdf.
4. Фещенко ЮІ, Мельник ВМ, Опанасенко МС. Нефективне лікування хворих на туберкульоз легень і його попередження. Київ : Видавництво Ліра-К; 2019. 246 с.
 5. Stop TB Partnership (2020). We did a rapid assessment: the TB response is heavily impacted by the COVID-19 pandemic. URL: http://stoptb.org/news/stories/2020/ns20_014.html.
 6. Дужий ІД, Олещенко ГП, Сердюк КЛ. Захворюваність на туберкульоз кісток і суглобів у Сумській області. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2021; 1 (44): 95–99. doi: 10.30978/TB2021-1-95.
 7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 червня 2020 року № 1308 про «Порядок надання паліативної допомоги».
 8. Дужий ІД, Гресько ІЯ, Голубничий СО, винахідники; Сумський державний університет, патентовласник. Спосіб задньо-нижньої екстраплевральної фрагментарної торакопластики. Патент України № 128576. 2018 Вер 25, бюл.№ 18.

REFERENCES

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Reports 1997–2021 / WHO. Geneva: World Health Organization; 2021. URL: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>
2. DU «Tsentr hromadskoho zdorovia MOZ Ukrainy». Available from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statistichni-materiali-z-tb>.
3. Zvit Ukrainy pro dosiahnuti prohres u dosiahnenni tsilei politychnoi deklaratsii, pryiniatoi pid chas narady vysokoho rivnia heneralnoi asamblei OON z tuberkulozu 26 veresnia 2018 roku, Zvitnyi period: 2019–2020 rr. Available from: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_zvit_UA_2019_2020.pdf.
4. Feshchenko YuI, Melnyk VM, Opanasenko MS. Neefektivne likuvannia khvorykh na tuberkuloz lehen i yoho попередzhennia. Kyiv : Vydavnytstvo Lira-K; 2019. 246 p.
5. Stop TB Partnership (2020). We did a rapid assessment: the TB response is heavily impacted by the COVID-19 pandemic. URL: http://stoptb.org/news/stories/2020/ns20_014.html.
6. Duzhyi ID, Oleshchenko HP, Serdiuk KL. Zakhvoriuvanist na tuberkuloz kistok i suhlobiv u Sumskii oblasti. Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiia. 2021; 1 (44): 95–99. doi: 10.30978/TB2021-1-95.
7. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 04 chervnia 2020 roku № 1308 pro «Poriadok nadannia paliativnoi dopomohy».
8. Duzhyi ID, Hresko IYa, Holubnychyi SO, vynakhidnyky; Sumskiy derzhavnyi univenrsytet, patentovlasnyk. Sposib zadno-nyzhnoi ekstrakplevralnoi frahmentarnoi torakoplastyky. Patent Ukrainy № 128576. 2018 Ver 25, biul.№ 18.

FEATURES OF DIAGNOSTIC TUBERCULOSIS OF THE SHOULDER JOINT

**I. D. Duzhyi,
H. P. Oleshchenko,
O. V. Kravets, V. V. Bryanyk,
O. P. Yurchenko**

Resume. *Introduction.* According to data from the World Health Organization, about 10 million new tuberculosis cases are detected annually worldwide, and 1,5 million of them die. Pulmonary and extrapulmonary tuberculosis often runs atypically under the guise of other diseases, which delays diagnosis. As part of the reorganization of health care and the phthisiatry service, the number of phthisiologists has been reduced. It is not easy to find a specialist and it determines the problem's urgency.

Aim. Sharpen the attention of primary care doctors and specialists on the possibilities of atypical course of various forms of tuberculosis.

Materials and methods. Five patients with bony forms of tuberculosis were observed, and among them, two patients with ossified conditions of pleural empyema.

Results and their discussion. Various specialists observed patients with bone tuberculosis for 4–6 months before diagnosis. Patients were operated on against the background of heparin prevention of thromboembolism.

Conclusions. To prevent diagnostic errors about tuberculosis, it is necessary to remember it and apply bacteriological diagnostic methods. Heparin prevention is required for surgical interventions in the elderly.

Key words: *diagnosis, tuberculosis, shoulder joint.*