

УДК 616.71-002.5-071

І. Д. Дужий¹, Л. А. Бондаренко², Г. П. Олещенко¹, В. О. Олещенко², В. Ю. Ковчун¹

¹Сумський державний університет

²Сумський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Деякі питання туберкульозу кісток в умовах епідемії

Пандемія туберкульозу, що «започаткувалася» у кінці 80-х років минулого сторіччя, знайшла для себе сприятливе підґрунтя на теренах Східної Європи та в країнах бувшого Союзу, зокрема на Сумщині (на Слобожанщині). За темпами росту захворюваності, збільшення хворобливості та за іншими ознаками туберкульозного процесу в Україні за критеріями ВООЗ у 1995 році зафіксована епідемія цієї соціально-небезпечної недуги [11].

Для боротьби з епідемією у нашій державі впроваджена низка законів та наказів МОЗ. Здавалося б, передумови для подолання хвороби існують, проте змінити ситуацію і приборкати поширення хвороби не вдається [10].

Хоча захворюваність на нові випадки туберкульозу в Україні знизилася з 79,8 на 100 тис. населення у 2007 році до 55,9 на 100 тис. населення у 2015 році, не варто забувати, що до цих показників за останній рік не враховано дані з окупованих територій східної України [8, 9].

Поряд із цим питома вага позалегеневих форм цієї недуги залишається відносно невисокою – 11-12%. Співвідношення позалегеневих форм до легеневих становить 1:7 – 1:8. У розвинутих країнах воно сягає 1:2 (Канада), 1:3 (США), 1:4 (Німеччина, Швейцарія) [6]. Це може свідчити про недовиявлення туберкульозу позалегеневої локалізації [3,6].

Серед усіх клінічних форм туберкульоз кісток і суглобів (ТКС) займає друге місце поміж усіх клінічних форм туберкульозу і становить близько 2,6%, «посідаючи» при цьому перше місце між форм туберкульозу позалегеневої локалізації. ТКС фіксується у 10-35% хворих на вперше виявлений туберкульоз [3, 7]. Суттєвої різниці у частоті ураження кісток у ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних хворих не встановлено [7]. Останнє на нашу думку свідчить не стільки за роль імунної системи чи природної резистентності у підтримці епідемії туберкульозу, скільки у особливостях і активності власне туберкульозної інфекції [1].

Специфічний процес частіше уражає кістки, що містять губчасту тканину, встановлено, що близько 40% ТКС припадає на хребет, 20-25% – на мискові та стегнові кістки, 10-15% – на колінні суглоби. Туберкульоз інших кісток та суглобів трапляється менш часто [3, 7].

Зросла кількість поширених форм туберкульозного спондиліту з втягненням у процес трьох і більше хребців з 18,2% у 1991 році до 41,2% у 2007 році. У той же час кількість хворих з медикаментозно-стійкими формами туберкульозу

збільшилася з 54,8% до 81,5% [2]. Ураження паравертебральних тканин у вигляді напливних абсцесів, згідно даних ряду авторів, трапляються у 81,7% випадків. Неврологічні порушення різного ступеня фіксують у 50-66,5% [2]. Стиснення спинного мозку описані у 40-70% спостережень [7].

Незважаючи на таку кількість тяжких ускладнень діагностика туберкульозного спондиліту вимагає значного покращання, оскільки відомо, що від маніфестації ТКС до встановлення діагнозу минає від 4–6 місяців до 1–2 років [3]. Основними причинами пізньої верифікації процесу автори вважають прихований перебіг процесу та відсутність належної налаштованості лікарів первинної медичної ланки [3,6]. Особливе занепокоєння викликає брак кваліфікованих кадрів з діагностики та лікування туберкульозу кісток і суглобів і відсутність належної матеріально-технічної бази практично в усіх регіонах України. Про обмежені фінансові можливості хворих ми вже не говоримо. Окремою проблемою залишається недостатня обізнаність лікарів загальнолікувальної мережі щодо діагностики і лікування ТКС. Воно і зрозуміло, оскільки лікарям загальної мережі немає у кого навчатися. Безумовно, недостатня кількість публікацій на цю тематику у фахових журналах не покращує ситуацію. Наслідками «слабких» ланок навколо туберкульозних проблем є розвиток ускладнень ТКС, які невідворотно ведуть до втрати працездатності та ранньої інвалідності [2,6].

Поміж вперше виявлених хворих на туберкульоз питома вага осіб із за давними та ускладненими формами ТКС сягає 52,7–80,0% [3]. Усе це зумовлює тяжкі наслідки захворювання у медико-біологічному та соціальному аспектах. Поміж усіх позалегенових форм туберкульозу, що стали причиною інвалідності, ТКС належить 89,4%. Поміж усіх хворих на туберкульоз кісток та суглобів від 50,9% до 62,2% осіб були визнані інвалідами [6]. Найчастіше при цьому встановлювали ІІ групу інвалідності, тобто хворі визнавалися непрацездатними [6]. Наведене переконливо підкреслює значення несвоєчасного виявлення хвороби.

Для діагностики туберкульозного спондиліту автори рекомендують комплексне променеве дослідження з використанням як комп'ютерної томографії (КТ), так і магнітно-резонансної томографії (МРТ). Оскільки МРТ дозволяє оцінити ступінь ураження спинного мозку та прилеглих тканин, а КТ – ступінь і характер ураження кісткової тканини джерела літератури пропонують співставляти отримані результати при цих дослідженнях з традиційним рентгенологічним обстеженням [5, 6, 7]. Проте виявити на ранніх стадіях кісткову деструкцію з секвестрами вдається лише шляхом КТ [5].

Окрім того наголошують на необхідності проведення пункцій кісткових утворів з метою проведення мікробіологічних та молекулярно-генетичних досліджень біоптатів [4, 7]. Проте цей метод застосовується лише у

спеціалізованих відділеннях вузько підготовленими фахівцями, які володіють ультрасоноскопією.

Метод полімеразно-ланцюгової реакції зарекомендував себе як швидкий, простий та безпечний, чутливість якого становить 86,7%, специфічність – 92,0%, а загальна цінність тесту – 88,2% [4].

Автори, які займаються лікуванням ТКС, відмічають більш часті післяопераційні ускладнення внаслідок хірургічного лікування туберкульозного спондиліту у хворих, які мали ускладнений перебіг захворювання. До таких ускладнень відносять неврологічні порушення, напливні абсцеси, порушення функції тазових органів та деякі інші. Відомо, що наведені ускладнення залежать від тривалості перебігу захворювання. А тривалість перебігу – від ефективності діагностично-лікувального процесу. Статистично достовірно встановлено, що на розвиток післяопераційних ускладнень впливають поширеність процесу, яка у свою чергу залежить також від його тривалості [2, 6].

Оскільки кістки та суглоби поміж інших позалегенових органів уражаються туберкульозом найчастіше, а клінічна картина нерідко має «прихований» характер, діагностика захворювання затягується на тривалий час з усіма негативними наслідками, актуальним залишається вивчення проблеми епідеміологічних показників ТКС в усіх регіонах України, у тому числі поміж мешканців Сумської області.

Мета роботи – дослідити тенденцію захворюваності на туберкульоз кістково-суглобової локалізації мешканців Сумської області у динаміці та привернути увагу лікарів загального профілю до нагальної проблеми сьогодення.

Матеріали і методи.

Проаналізовано захворюваність на туберкульоз кісток та суглобів мешканців Сумської області протягом 2007 – 2016 років.

Результати та обговорення. За цей період в області зареєстровано 129 хворих на кістково-суглобовий туберкульоз. Абсолютна кількість хворих на нові випадки туберкульозу вцілому та ТКС зокрема у нашій області представлено у таблиці 1.

Кількість хворих на нові випадки туберкульозу у Сумській області
за 2007-2016 роки

Таблиця 1

| Роки | Загальна кількість хворих на туберкульоз | Кількість хворих на ТКС | |
|--------|--|-------------------------|------------------|
| | | Абсолютна кількість | % до усіх хворих |
| 2007 | 666 | 11 | 1,7 |
| 2008 | 657 | 12 | 1,8 |
| 2009 | 594 | 14 | 2,4 |
| 2010 | 597 | 9 | 1,5 |
| 2011 | 663 | 12 | 1,8 |
| 2012 | 651 | 13 | 2,0 |
| 2013 | 645 | 14 | 2,2 |
| 2014 | 612 | 15 | 2,5 |
| 2015 | 623 | 12 | 1,9 |
| 2016 | 615 | 17 | 2,8 |
| Усього | 6323 | 129 | 2,0 |

Отже, в останні роки спостерігається тенденція до зростання питомої ваги хворих на туберкульоз кісток і суглобів поміж усіх форм вперше виявленого туберкульозу. Загалом за останні 10 років кількість хворих на туберкульоз кістково-суглобової локалізації становив у середньому 2,0% поміж усіх вперше виявлених процесів. При цьому за перші 5 років спостереження відсоток зареєстрованого ТКС становив – 1,8%, а за останні 5 років – 2,3%, що більше у 1,3 рази.

Поміж захворілих на ТКС осіб чоловічої статі було 72 (55,8%), жіночої – 60 (44,2%), що більше на користь осіб чоловічої статі у 1,3 разу.

Переважну більшість хворих становили особи у найбільш творчому і працездатному віці (табл. 2).

Розподіл хворих на кістково-суглобовий туберкульоз за віковим цензом

Таблиця 2

| Вік | Абсолютна кількість | % |
|-------------------|---------------------|-------|
| До 19 років | 5 | 3,9 |
| 20-29 років | 21 | 16,3 |
| 30-39 років | 37 | 28,7 |
| 40-49 років | 25 | 19,4 |
| 50-59 років | 23 | 17,8 |
| 60 і більше років | 18 | 13,9 |
| Усього | 129 | 100,0 |

Таким чином, у віці 30-39 років було 37 (28,7%) хворих, 40-49 років – 25 (19,4%), 50-59 років – 23 (17,8%).

Мешканців міст поміж виявлених хворих було 95 (73,6%) осіб, сільських мешканців – 34 (26,4%), що більше у 2,8 разу ($P < 0,05$), що підтверджує важливість впливу зовнішнього середовища на гальмування резистентності щодо розвитку туберкульозу кісткової системи.

За даними анамнезу, зі 129 хворих із уперше діагностованим ТКС у 16 (12,4%) осіб в анамнезі (від 8 до 36 місяців) був перенесений синдром плеврального випоту, тобто плеврит, який не був верифікований шляхом проведення торакоскопії, плевробіопсії, цитологічного та гістологічного досліджень. Ще у 25 (19,4%) осіб за 12 – 28 місяців до маніфестації ТКС був торакальний патологічний процес, що перебігав під маскою пневмонії, який ретроспективно, враховуючи дану форму туберкульозу, можна ідентифікувати не лише із синдромом плеврального випоту, а з туберкульозним плевритом. Деяких із цих хворих лікували антибактеріальними препаратами, а частина з них (11 – 8,5%) за медичною допомогою не зверталися взагалі, користуючись «послугами» родичів та знайомих.

Таким чином можна вважати, у 41 (31,8%) із досліджених нами хворих у недалекому минулому був перенесений туберкульозний плеврит, який не був вчасно діагностований та верифікований і, відповідно, не лікований. З часом плеврит пролонгував розвитком туберкульозу кісток та суглобів.

Локалізація кістково-суглобового туберкульозу

Таблиця 3

| Хребет | | Кульшовий суглоб | | Колінний суглоб | | Гомілково-ступневий суглоб | | Інші | | Усього | |
|--------|------|------------------|------|-----------------|-----|----------------------------|-----|------|-----|--------|-------|
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| 77 | 59,7 | 32 | 24,8 | 7 | 5,4 | 3 | 2,3 | 10 | 7,8 | 129 | 100,0 |

Туберкульоз хребта (спондиліт) мав місце у 77 (59,7%) хворих, специфічне запалення кульшового суглоба у – 32 (24,8%) осіб, колінного – у 7 (5,4%), гомілково-ступневого – у 3 (2,3%). У 10 (7,8%) хворих встановлено туберкульоз інших (дрібних) кісток і суглобів.

Оскільки найчастіше специфічний процес локалізувався у хребті, нами проаналізована ураженість різних його відділів (табл. 4).

Локалізація туберкульозу хребта

Таблиця 4

| Відділи хребта | Кількість хворих | | Гендерні особливості | | | |
|---------------------|------------------|-------|----------------------|------|--------------|------|
| | Абс. | % | Чоловіча стать | % | Жіноча стать | % |
| Шийний | 3 | 3,9 | 3 | 3,9 | - | - |
| Грудний | 32 | 41,5 | 18 | 23,4 | 14 | 18,2 |
| Грудо-поперековий | 14 | 18,2 | 5 | 6,5 | 9 | 11,7 |
| Поперековий | 25 | 32,5 | 16 | 20,7 | 9 | 11,7 |
| Попереково-крижовий | 2 | 2,6 | 1 | 1,3 | 1 | 1,3 |
| Крижовий | 1 | 1,3 | 1 | 1,3 | - | - |
| Усього | 77 | 100,0 | 44 | 57,1 | 33 | 42,9 |

Найбільш часто специфічне запалення грудного відділу хребта спостерігали у 32 (41,5%) хворих, ураження поперекового відділу – у 25 (32,5%) осіб, грудо-

поперекового – у 14 (18,2%). Туберкульоз хребців шийного, попереково-крижового та крижового відділів трапився 3 (3,9%), 2 (2,6%) та 1 (1,3%) хворих відповідно.

Шийний відділ хребта був уражений у 3 (3,9%) осіб чоловічої статі, у осіб жіночої статі такого ураження не було. Вражений грудний відділ – у 18 (23,4%) і 14 (18,2%) відповідно.

Туберкульозний спондиліт поперекового відділу зареєстрований у 16 (20,7%) хворих чоловічої статі і у 9 (11,7%) осіб жіночої статі, що частіше у 1,8 разу. Ці дані, на нашу думку, можна пояснити професійною діяльністю осіб чоловічої статі, за якою на цей відділ хребта «припадає» максимальне навантаження гравітаційного та гравітаційно-ротаційного характеру, що за відповідних умов інфікованості це «слабке місце» може перетворити у зону специфічного запалення.

Враження грудо-поперекового відділу було зареєстроване у 5 (6,5%) осіб чоловічої статі і у 9 (11,7%) осіб жіночої статі.

Туберкульоз попереково-крижового відділу мав місце у 1 (1,3%) хворого чоловічої статі і у 1 (1,3%) особи жіночої статі.

Крижовий відділ був уражений у 1 (1,3%) хворого чоловічої статі.

Втягнення у специфічний процес 1-2 хребців спостерігалось у 50 (64,9%) хворих, ураження 3-4 хребців зафіксоване у 15 (19,5%) осіб, значне поширення туберкульозу (5 і більше хребців) було у 12 хворих – 15,6% (табл. 5).

Частота враження хребців

Таблиця 5

| 1-2 хребця | | 3-4 хребця | | 5 і більше хребців | |
|------------|------|------------|------|--------------------|------|
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| 50 | 64,9 | 15 | 19,5 | 12 | 15,6 |

Таким чином, ураження більше 3-х хребців мало місце у 27 (35,1) осіб, що значно вплинуло на поширення процесу на нервові структури та паравертебральні тканини і призвело до розвитку різноманітних ускладнень та до стійкої і тривалої втрати працездатності (табл. 6).

Таблиця 6

Первинний вихід на інвалідність хворих на туберкульозний спондиліт

| Рік | Кількість спондилітів | Встановлено інвалідність | | З них: | | | | | |
|--------|-----------------------|--------------------------|-------|---------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| | | | | I група | | II група | | III група | |
| | | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| 2007 | 7 | 6 | 85,7 | 3 | 50,0 | 2 | 33,3 | 1 | 16,7 |
| 2008 | 7 | 7 | 100,0 | 2 | 28,6 | 4 | 57,1 | 1 | 14,3 |
| 2009 | 4 | 1 | 25,0 | 0 | 0 | 1 | 100,0 | 0 | 0 |
| 2010 | 5 | 3 | 60,0 | 1 | 33,3 | 1 | 33,3 | 1 | 33,3 |
| 2011 | 9 | 4 | 44,4 | 1 | 25,0 | 2 | 50,0 | 1 | 25,0 |
| 2012 | 5 | 4 | 80,0 | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | 0 | 0 |
| 2013 | 7 | 3 | 42,9 | 1 | 33,3 | 1 | 33,3 | 1 | 33,3 |
| 2014 | 11 | 6 | 54,5 | 3 | 50,0 | 2 | 33,3 | 1 | 16,7 |
| 2015 | 10 | 5 | 50,0 | 1 | 20,0 | 2 | 40,0 | 2 | 40,0 |
| 2016 | 12 | 4 | 33,3 | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 | 2 | 50,0 |
| Усього | 77 | 43 | 55,8% | 15 | 34,9% | 18 | 41,8% | 10 | 23,3% |

Загалом вперше визнано інвалідами 43 (55,8%) хворих на туберкульозний спондиліт. З них I група була встановлена у 15 (34,9%) осіб, II – у 18 (41,8%), III – у 10 (23,3%).

Висновки.

1) За останні роки в Сумській області спостерігається збільшення питомої ваги хворих на ТКС поміж усіх вперше виявлених хворих.

2) У 41 (31,8%) хворого ретроспективно запідозрено перенесений туберкульозний плеврит, який не був діагностований і, відповідно, не лікований, що за різними термінами призвело до пролонгації захворювання за типом туберкульозу кісток та суглобів.

3) Туберкульозний спондиліт трапився у 77 (59,7%) хворих, туберкульоз кульшового суглоба у 32 (24,8%) осіб, колінного суглоба – у 7 (5,4%) осіб, гомілково-ступневого – у 3 (2,3%). У 10 (7,8%) хворих встановлено туберкульоз інших дрібних кісток і суглобів.

4) При туберкульозному спондиліті ураження 1-2 хребців мало місце у 50 (64,9%) хворих, ураження 3-4 хребців зафіксоване у 15 (19,5%) осіб, 5 і більше хребців – у 12 (15,6%) хворих.

5) Хворі на туберкульозний спондиліт у 55,8% випадків стійко втратили працездатність та були визнані інвалідами I групи у 15 (34,9%) спостереженнях, II – у 18 (41,8%), III – у 10 (23,3%).

Перспективи подальших досліджень.

Вивчити характер та поширеність змін при туберкульозі кісток та суглобів, проаналізувати методи діагностики та наявність ускладнень.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження – І. Дужий, збір та обробка матеріалу – В. Олещенко, Л. Бондаренко, написання теТКСу – Г. Олещенко, статистичне опрацювання даних – Г. Олещенко, В. Ковчун, редагування теТКСу – І. Дужий.

Список літератури:

1. Дужий І. Д. Туберкульозний плеврит як провісник дисемінованого прогресуючого туберкульозу / І. Д. Дужий, Г. П. Піддубна // Український пульмонологічний журнал. – 2016. – №1. – с. 68-70.

Dyzhiy I. D., Piddubna G. P. Tuberkul`oznyj plevryt yak provisnyk dyseminovanogo progresuyuchogo tuberkul`ozu [Tuberculous pleurisy as a precursor of disseminated Progressive tuberculosis] (in Ukr). Ukr. Pulmonol. J. 2016; 1:68–70.

2. Бурлаков С.В. Влияние длительности заболевания туберкулезным спондилитом на развитие осложнений / С.В. Бурлаков, В.В. Олейник, А.А. Вишнеvский // Травматология и ортопедия России. – 2013. – № 1 (67). – с. 61- 66.

Burlakov S.V., Oleynik V.V., Vishnevskiy A.A. Vliyanie dlitel`nosti zabolevaniya tuberkuleznym spondilitom na razvitie oslozhnenij [Influence of duration of tuberculosis spondilitis on the development of postoperative complications] (in Rus). Travmatology`ya y` ortopedy`ya Rossy`y`. 2013; 1: 61- 66.

3. Голка Г. Г. Кістково-суглобовий туберкульоз як складова частина проблеми хвороби / Г. Г. Голка, О.Г. Фадєєв, Д.А. Істомін, В.В. Веснін // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2015. – № 2 (21). – с. 111-115.

Golka G. G., Fadeev O.G., Istomin D.A., Vesnin V.V. Kistkovo-suglobovyj tuberkul`oz yak skladova chastyna problemy hvoroby [Osteoarticular tuberculosis as part of the tuberculosis problem] (in Ukr). Tuberkul`oz, legenevi hvoroby, VIL-infekciya. 2015. 2: 111-115.

4. Голка Г. Г. Роль і значення полімеразної ланцюгової реакції в діагностиці кістково-суглобового туберкульозу / Г. Г. Голка, І.М. Калмикова, О.Г. Фадєєв, А.О. Олійник, О.В. Танцура // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2016. – № 3 (26). – с. 28-34.

Golka G. G., Kalmykova I.M., Fadeev O.G., Oliinyk A.O., Tantsura O.V. Rol` i znachennya polimeraznoyi lancyugovoyi reakciyi v diagnostyци kistkovo-suglobovogo tuberkul`ozu [The role and importance of polymerase chain reaction in the diagnostics of the bone and joint tuberculosis] (in Ukr). Tuberkul`oz, legenevi hvoroby, VIL-infekciya. 2016. 3: 28-34.

5. Голка Г. Г. Роль і значення сучасних променевих методів дослідження в діагностиці туберкульозного спондиліту / Г. Г. Голка // Український радіологічний журнал. – 2006. – №14. – с. 12-18.

Golka G. G. Rol` i znachennya suchasnyh promenevyh metodiv doslidzhennya v diagnostyци tuberkul`oznogo spondylitu [The role and significance of radiation methods

of investigation in diagnosis of tuberculosis spondylitis] (in Ukr). Ukrayins`kyj radiologichnyj zhurnal. 2006.14: 12-18.

6. Клішина Л. С., Баранова В. В., Полякова В. Г., Стоянова О. О., Миронова Л. А. Аналіз первинного виходу на інвалідність хворих на позалегенеувий туберкульоз у Луганській області за період 2007 – 2009 роки // Український медичний альманах. – 2011. – Т.14. – №5. – с. 78–80.

Klishina L.S., Baranova V.V., Polyakova V.G., Stoyanova H.A., Mironova L.A. Analiz pervynnogo vyhodu na invalidnist` hvoryh na pozalegenevyj tuberkul`oz u Lugans`kij oblasti za period 2007 – 2009 roky [Analysis of primory disability of patients suffered of extrapulmonary tuberculosis in Lugansk region in 2007-2009 y.y.] (in Ukr). Ukrayins`kyj medychnyj al`manah. 2011. T.14. 5: 78–80.

7. Петренко В. І. Позалегенеувий і міліарний туберкульоз у хворих на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ [ТеТКС] / В.І. Петренко, М.Г. Долинська, О.М. Рознатовська. – «ДКС центр» – 2015. – 112 с.

Petrenko V. I., Dolyns`ka M.G., Roznatovs`ka O.M. Pozalegenevyj i miliarnyj tuberkul`oz u hvoryh na koinfekciyu tuberkul`oz/VIL [Extrapulmonary and miliary tuberculosis in patients with co-infection TB / HIV] (in Ukr). – «DKS centr» – 2015. – 112 s.

8. Туберкульоз в Україні: Аналітично-статистичний довідник за 2001-2012 роки. – К., 2013.

Tuberkul`oz v Ukrayini: Analitychno-statystychnyj dovidnyk za 2001-2012 roky. – K., 2013 (in Ukr).

9. Туберкульоз в Україні: Аналітично-статистичний довідник. – К., 2016.

Tuberkul`oz v Ukrayini: Analitychno-statystychnyj dovidnyk. – K., 2016 (in Ukr).

10. Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Опанасенко М. С. Реорганізація, реструктуризація та реформування протитуберкульозної служби в Україні: монографія. – К.: «Видавництво Ліра-К», 2015. – 174 с.

Feshhenko Yu. I. Mel`nyk V.M., Opanasenko M.S. Reorganizaciya, restrukturyzaciya ta reformuvannya protytuberkul`oznoyi sluzhby v Ukrayini [Reorganization, restructuring and reforming the TB service in Ukraine] (in Ukr). – Ky`yiv: «Vydavnyctvo Lira-K», 2015. – 172 s.

11. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2015 (WHO/HTM/TB/2015.22). Geneva: WHO; 2015. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

Резюме

І. Д. Дужий¹, Л. А. Бондаренко², Г. П. Олещенко¹, В. О. Олещенко², В. Ю. Ковчун¹

¹Сумський державний університет

²Сумський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Деякі питання туберкульозу кісток в умовах епідемії

Мета роботи – дослідити тенденцію захворюваності на туберкульоз кістково-суглобової локалізації мешканців Сумської області у динаміці за 2007–2016 роки та привернути увагу лікарів загального профілю до нагальної проблеми сьогодення.

Матеріали та методи. Проаналізовано захворюваність на туберкульоз кісток та суглобів мешканців Сумської області протягом зазначеного періоду.

Результати та обговорення. Протягом 2007–2016 років у Сумській області зареєстровано 129 хворих на туберкульоз кісток і суглобів. У 41 (31,8%) хворого ретроспективно запідозрено вчасно не діагностований туберкульозний плеврит, який з часом ускладнився туберкульозом кісток та суглобів. Туберкульозний спондиліт виявлено у 77 (59,7%) хворих, туберкульоз кульшового суглоба – у 32 (24,8%) осіб, колінного – у 7 (5,4%), гомілковостопного – у 3 (2,3%). У 10 (7,8%) хворих встановлено туберкульоз інших кісток і суглобів. У 50 (64,9%) хворих на туберкульозний спондиліт було уражено 1–2 хребці, у 15 (19,5%) – 3–4, у 12 (15,6%) – 5 і більше хребців. Хворі на туберкульозний спондиліт у 55,8% випадків стійко втратили працездатність та були визнані інвалідами: I групи – 15 (34,9%) осіб, II – 18 (41,8%), III – 10 (23,3%).

Висновки. В останні роки на Сумщині зростає питома вага хворих на туберкульоз кісток і суглобів серед усіх хворих, що може свідчити про поліпшення діагностики його позалегенових форм.

Ключові слова: туберкульоз, кістки та суглоби, спондиліт, інвалідність.

Резюме

И. Д. Дужий¹, Л. А. Бондаренко², Г. П. Олещенко¹, В. А. Олещенко²,
В. Ю. Ковчун¹

¹Сумский государственный университет

²Сумский областной клинический противотуберкулезный диспансер

Некоторые вопросы костного туберкулеза в условиях эпидемии

Цель работы – изучить тенденции заболеваемости туберкулезом костно-суставной локализации жителей Сумской области в динамике за 2007-2016 годы и привлечь внимание врачей общего профиля к насущной проблеме современности.

Материалы и методы. Проанализировали заболеваемость туберкулезом костей и суставов жителей Сумской области за указанный период.

Результаты и обсуждение. На протяжении 2007-2016 гг. в Сумской области зарегистрировано 129 больных туберкулезом костей и суставов (ТКС). У 41 (31,8%) больного ретроспективно заподозрили перенесенный туберкулезный плеврит, который не был вовремя диагностирован и со временем усложнился туберкулезом костей и суставов. Туберкулезный спондилит выявлено у 77 (59,7%) больных, туберкулез тазобедренного сустава – у 32 (24,8%), коленного – у 7 (5,4%), голеностопного – у 3 (2,3%). У 10 (7,8%) больных диагностировано туберкулез других костей и суставов. При туберкулезном спондилите поражения 1-2 позвонков имело место у 50 (64,9%) больных, поражение 3-4 позвонков зафиксировано у 15 (19,5%) человек, 5 и более позвонков – у 12 (15,6%) больных.

Больные с туберкулезным спондилитом в 55,8% случаев устойчиво потеряли работоспособность и были признаны инвалидами: I группы – 15 (34,9%) человек, II – 18 (41,8%), III – 10 (23,3%).

Выводы. В последние годы на Сумщине увеличился удельный вес больных с туберкулезом костей и суставов среди всех больных, что может свидетельствовать об улучшении диагностики его внелегочных форм.

Ключевые слова: туберкулез, кости и суставы, спондилит, инвалидность.

Summary

I. D. Duzhiy¹, L. A. Bondarenko², G. P. Oleshchenko¹, V. O. Oleshchenko²,

V. Yu. Kovchun¹

¹Sumy State University

²Sumy regional clinical TB dispensary

Some diagnostic issues of bone tuberculosis in terms of epidemic

Objective – to investigate the trend of tuberculosis osteo-articular localization of residents of Sumy region in dynamics for 2007-2016 years and attract the attention of general practitioners to the urgent problems of today.

Materials and methods. We analyzed the incidence of spinal tuberculosis residents of Sumy region during this period.

Results and discussion. During the years 2007-2016 in Sumy region 129 patients with osteo-articular tuberculosis were registered. In 41 (31,8%) patients retrospectively transferred suspected tuberculous pleurisy, which was not diagnosed in time and over

time the development of complicated spinal tuberculosis. Tuberculous spondylitis met in 77 (59,7%) patients, tuberculosis of the hip in 32 (24,8%) patients, knee – in 7 (5,4%), ankle – 3 (2,3%). In 10 (7,8%) patients founded tuberculosis of other bones and joints. In tuberculous spondylitis 1-2 vertebra defeat occurred in 50 (64,9%) patients, lesions 3-4 vertebrae recorded in 15 (19,5%) patients, 5 or more vertebrae – in 12 (15,6%) patients . Patients with tuberculous spondylitis in 55,8% of the disabled consistently been recognized disabilities: I group – 15 (34,9%) patients, II – 18 (41,8%), III – 10 (23,3%).

Conclusions. In recent years, in Sumy region an increase in the proportion of patients with bone tuberculosis among all patients can testify to improve diagnosis of extrapulmonary disease.

Key words: tuberculosis, bones and joints, spondylitis, disability.

Деякі питання туберкульозу кісток в умовах епідемії [Текст] / І. Д. Дужий, Г. П. Олещенко, В. О. Олещенко, Ковчун В. Ю., Бондаренко Л. А. // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2017. – № 1 (28). – С. 48–53.