



Г.Г. Голка, О.Г. Фадєєв, Д.А. Істомін, В.В. Веснін
Харківський національний медичний університет, Україна

Кістково-суглобовий туберкульоз як складова частина проблеми хвороби

Мета дослідження — підвищення ефективності діагностики кістково-суглобового туберкульозу.

Проаналізовано проблему діагностики та лікування хворих на кістково-суглобовий туберкульоз в Україні. Виявлено труднощі і причини несвоєчасної діагностики.

Встановлено, що труднощі діагностики його початкових форм зумовлені не стільки прихованим характером розвитку специфічного процесу і безсимптомністю його виявів, скільки неправильним трактуванням клініко-рентгенологічних ознак хвороби, а також даних лабораторних досліджень і патоморфозом захворювання.

Запропоновано шляхи розв'язання наявних проблем.

Ключові слова

Діагностика кістково-суглобового туберкульозу, методи променевого дослідження, вдосконалення діагностики.

Епідемічна ситуація з туберкульозу, як і раніше, викликає у світової спільноти тривогу за збереження здоров'я населення планети. Туберкульоз залишається однією з нагальних проблем світової охорони здоров'я.

В Україні туберкульоз кісток та суглобів на другому місці (2,6 %) серед клінічних форм цієї хвороби і першому серед туберкульозних позалегеневих локалізацій (ТПЛ) [4]. Подібна тенденція спостерігається й у інших країнах СНД [2, 4].

Первинний остит при кістково-суглобовому туберкульозі (КСТ) зазвичай локалізується в частинах скелета, що складаються з губчастої кісткової тканини: епіметафізарних відділах трубчастих кісток, тілах хребців, кістках таза, кисті, стопи тощо. Причому спостерігається певна пропорційність у співвідношенні частки губчастої тканини, що припадає на окремі частини скелета, і частоти ураження їх туберкульозом. Так, на хребет (спондиліт) припадає приблизно 40 % кістково-суглобового туберкульозу, 20–25 % становить тазостегнова локалізація (коксит), 10–15 % — колінного суглоба (гоніт). Далі йде туберкульоз плечового, гомілковостопного,

ліктьового, променевого суглобів, рідко — кісток стопи і кисті, щелеп, ребер та ін. [1, 3, 5].

Мета роботи — привернути увагу практичних лікарів до проблеми діагностики КСТ і підвищення її ефективності.

У недалекому минулому це захворювання частіше виникало у дитячому віці, головним чином — до 10 років, переважно у 3–5 років. Аналогічні відомості про переважне ураження дітей містяться у всіх наукових працях та монографіях, опублікованих у довоєнні роки та повоєнне десятиріччя. При цьому вказується, що на долю вікової групи перших десяти років припадає від 60 до 80 % хворих.

У повоєнний період це співвідношення стало сприятливішим, значно зменшилася питома вага дітей у структурі захворюваності. Нині переважна частина хворих на КСТ — дорослі пацієнти.

Важливо зазначити, що до 80-х років минулого століття перед початком соціально політичних перетворень у СРСР була методологічно організована комплексна система протитуберкульозної допомоги, якої суворо дотримували. Після встановлення діагнозу КСТ хворі обов'язково проходили курси стаціонарного лікування у великих хірургічних стаціонарах або спеціалізованих клі-

ніках профільних науково-дослідних інститутів, їх комплексно лікували з обов'язковим застосуванням хірургічних методів. Після виписування зі стаціонару пацієнтів направляли в спеціалізовані санаторії для реабілітації, де завершували лікування.

На жаль, нині втрачено можливість користуватися цим комплексом багатоетапної високоспеціалізованої допомоги хворим. Не функціонує і система ступеневої підготовки фахівців, що займаються питаннями діагностики та надання допомоги хворим на КСТ, тому рішення про вибір тактики лікування конкретного хворого приймають залежно від рівня професійної підготовки лікаря, матеріально-технічного забезпечення лікувальних установ і фінансових можливостей хворого.

Питома вага вперше виявлених за давнини і ускладнених форм кістково-суглобового специфічного процесу сягає 52,7–80,0 %. Переважну частину хворих на КСТ виявляють за зверненнями. КСТ діагностуються вкрай погано, хворих виявляють на пізніх етапах розвитку, що призводить до тяжких наслідків, тривалого і складного, частіше оперативного, лікування і високої інвалідизації. В останні роки зміщується максимальний показник захворюваності в бік молодих, частіше хворіють люди працездатного віку.

Туберкульоз кісток і суглобів — тривале хронічне хвилеподібне захворювання, що розвивається поволі. Продромальний період може тривати від кількох місяців до кількох років. Туберкульозні горбики, розростаючись, утворюють туберкульозну гранульому, яка руйнує кістковий мозок, кісткові балки і нервові закінчення, що містяться в кістковій тканині. Тому, не вийшовши за межі кістки, вогнище, токсично впливаючи на організм, зумовлює незначні локальні вияви (біль). Явні клінічні симптоми з'являються після проростання туберкульозної гранульоми за межі кортикального шару кістки і розвитку артритичної (спондилітичної) фази хвороби. У цю стадію перебіг захворювання характеризується різноманітністю вияву і нерідко перебігає під маскою терапевтичної, гострої хірургічної, онкологічної патології, тому хворим призначають неадекватне лікування, зокрема хірургічне.

У останні роки увага до туберкульозу позалегової локалізації зростає також і через поширення ВІЛ-інфекції. ВООЗ зараховує ТПЛ до ВІЛ-індикаторних захворювань і вказує на кончу потребу у вжитті невідкладних заходів з боротьби з ним, оскільки лікарі про цю хворобу недостатньо обізнані, а діагностика на низькому рівні.

Робота з виявлення позалегового туберкульозу (ПЛТ) на дуже низькому рівні, що неми-

нуче веде до подальшого зменшення захворюваності та падіння питомої ваги ПЛТ унаслідок зростання показників щодо туберкульозу легень. У зв'язку з цим формується помилковий погляд про незначне значення проблеми ПЛТ в Україні, зростає загроза згорання цієї служби у фтизіатрії.

На наш погляд, дані офіційної статистичної звітності про захворюваність та поширеність різних форм позалегового туберкульозу можуть бути прийняті тільки за мінімальні показники. Тобто відносно сприятливі епідеміологічні показники щодо позалегового туберкульозу у нашій країні не відображають реальної картини. Це пояснюється, по-перше, пізніми клінічними виявами позалегових форм туберкульозу та діагностикою, в основному за зверненнями, по-друге, великою часткою хворих, що перебувають під наглядом лікарів загальної лікувальної мережі з помилковими діагнозами, а також недостатньою роботою з раннього виявлення, пізніми термінами встановлення діагнозу та ін.

До чинників, що змушують нас оцінити опубліковані показники захворюваності на ПЛТ як нереальні, належить також велика різниця показників захворюваності між окремими регіонами України, а також той факт, що питома вага позалегового туберкульозу у високорозвинених країнах становить 20–40 % серед усіх виявлених випадків туберкульозу.

Основними чинниками, що несприятливо впливають на виявлення і своєчасне розпізнавання КСТ, є недостатні знання і брак настороженості щодо туберкульозу лікарів загальної лікувальної мережі, недостатня кількість фахівців цього профілю в протитуберкульозній службі, а також поліморфізм клінічних виявів і об'єктивні труднощі діагностики, різні для кожної локалізації процесу. Для виявлення КСТ немає такого методу, як, скажімо, метод для своєчасного виявлення хворих на туберкульоз органів дихання — флюорографія, тобто своєчасне виявлення хворих на кістково-суглобовий туберкульоз в установах загальної лікувальної мережі є складнішим. Бракує науково-методичного центру з координації лікувально-діагностичної роботи при туберкульозних ураженнях опорно-рухового апарату, недостатньо у фаховій літературі публікацій за цією тематикою. Питання діагностики й лікування туберкульозу кісток та суглобів у багатьох профільних лікувальних закладах України вирішують на рівні розвитку медицини періоду 60–80 років ХХ ст. Низький рівень викладання цих розділів у медичних вузах. У багатьох областях України не проводять хірургічного лікування КСТ.

Рівень діагностики КСТ сучасними методами вкрай низький, що пов'язано не тільки зі складнощами виявлення патології, а й труднощами її бактеріологічної і гістологічної верифікації. Особливістю КСТ є високий ступінь інвалідизації пацієнтів (до 80 %), навіть попри можливість його повного вилікування хірургічними і консервативними методами. Це пояснюється тим, що хвороба розвивається повільно, перебігає з періодами відносного благополуччя, а про потребу в підтвердженні туберкульозу замислюються тільки тоді, коли формуються зворотні руйнування та деформації кісток і суглобів або розвиваються ускладнення.

Річ у тому, що наявні діагностичні методи не враховують наукові досягнення в пізнанні кістково-суглобового туберкульозу як загального захворювання цілісного організму, маючи переважно локальне спрямування. Між тим встановлено, що на ранніх етапах захворювання воно має загальний характер, будучи системним ураженням мієлоїдного кісткового мозку. Природно, що рання діагностика будується на пошуках мікобактерій туберкульозу (МБТ), продуктів їхньої життєдіяльності, дезінтеграції в тканинних рідинах, насамперед у настільки тісно інтегрованому з кістковим мозком субстраті, як синовіальна рідина, бо саме кровотворний кістковий мозок на ранній стадії хвороби є головним місцем кумуляції МБТ.

Досі базовим методом діагностики специфічних уражень скелета є рентгенологічний. Роль і значення його в діагностиці КСТ тяжко переоцінити. Однак, на жаль, перші рентгенологічні ознаки КСТ виявляють лише через 3–4 міс від початку захворювання, а за даними деяких авторів, і пізніше.

Рентгенографічно деструктивний осередок у кістці можна добре розпізнати лише тоді, коли його розміри перевищують 3–5 мм у діаметрі. За нашими даними, у хворих на КСТ часто спостерігалось відставання рентгенологічної картини від клінічних виявів недуги. Про це свідчать також і літературні дані. Тому рентгенологічний діагноз повинен спиратися не тільки на інтерпретацію рентгенограм, а й на анамнестичні та клінічні дані.

Попри значне підвищення рівня діагностики запальних захворювань опорно-рухового апарату, пов'язаних із появою високотехнологічних та інформативних методів променевої діагностики, таких як комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), ультразвукова діагностика (УЗД) тощо, багато проблем діагностики цих захворювань ще далекі від розв'язання.

Як уже було сказано, серед діагностичних заходів при КСТ променева візуалізація патології має визначальне значення для вибору хірургічної тактики, зокрема визначення обсягу, етапності втручання, характеру оперативного доступу, можливих технічних складнощів через порушення співвідношень з сусідніми органами та тканинами. При КСТ потрібні точні дані про кістковий процес (рівень ураження, характер руйнування та ін.) та повне уявлення про остит і абсцеси (обсяг, протяжність, співвідношення з іншими органами та тканинами). Особливе значення мають відомості про стан внутрішньо-суглобових структур. До останніх років всі завдання діагностики вирішували за допомогою рентгенологічного методу з використанням різних методик: томографії, пневмоартрографії, контрастної артрографії, абсцесографії та ін. Інформація, яку отримували при цьому, в низці випадків не була вичерпаною через складність патології, відому суб'єктивність трактування. Нові методи візуалізації патології — КТ, МРТ, УЗД — значно розширили можливості променевої діагностики КСТ.

Метод МРТ дає змогу оцінити стан м'яких тканин на значній відстані, візуалізується м'якотканинний компонент кісткового процесу — абсцеси, пухлинна тканина, але без патогномічних ознак.

Усі зображення при МРТ можуть бути отримані у трьох проекціях — фронтальній, сагітальній і трансверсальній. Завдяки тривимірності зображення, високій роздільній здатності для м'яких тканин МРТ добре визначає м'якотканинний компонент запалення, зокрема абсцеси.

На наш погляд, труднощі діагностики початкових форм КСТ зумовлені не стільки прихованим характером розвитку специфічного процесу і безсимптомністю його виявів, скільки неправильним трактуванням клініко-рентгенологічних ознак хвороби, а також даних лабораторних досліджень.

Поряд із цим у зв'язку з патоморфозом туберкульозу все частіше спостерігаються атипові вияви цього захворювання, клінічна симптоматика якого не відповідає звичному уявленню про туберкульоз та нагадує інші хвороби.

Широке застосування антибактеріальних і протитуберкульозних препаратів, еволюція культуральних властивостей мікобактерій туберкульозу, зміна вікового складу хворих вплинули на класичний перебіг КСТ.

Переважає кількість хворих на КСТ через розвинутий симптомокомплекс його виявів звертається до лікарів загальної лікувальної мережі, зазвичай недостатньо обізнаних у питаннях діаг-

ностики туберкульозу. Тому подовжують строки дослідження, проводять непоказані, зокрема хірургічні, методи лікування. За пізнього встановлення діагнозу знижується й ефективність протитуберкульозної терапії.

Від появи скарг до встановлення правильного діагнозу минає зазвичай від 3–4 міс до 1–2 років.

Поряд із цим діагностика КСТ досі складна через прихований перебіг процесу, брак специфічних симптомів у початковій стадії хвороби, нечіткі клінічні вияви і перебіг процесу під маскою інших хвороб — неспецифічних запальних процесів, дегенеративно-дистрофічних та пухлинних.

Таким чином, своєрідний багатолікий тривалий перебіг захворювання, що за клінічною картиною нерідко нагадує патологію опорно-рухового апарату неспецифічного характеру, труднощі диференціальної діагностики через пізнє виявлення, поширеність, за давнини процесу, ускладнення, що загрожують життю, незадовільні результати хіміотерапії, складність, травматичність оперативних втручань, високий відсоток інвалідизації, безперечно, свідчать про величезну значущість туберкульозу кістково-суглобової локалізації в Україні.

У зв'язку зі сказаним вище актуальна проблема вдосконалення організації діагностичного про-

цесу у хворих на кістково-суглобовий туберкульоз у поліклініках, стаціонарах багатопрофільних лікарень, протитуберкульозних установах.

На нашу думку, в масштабах країни першочергове значення для надання допомоги хворим на КСТ матимуть такі заходи:

- створення в Україні національного науково-практичного центру з надання медичної допомоги хворим на кістково-суглобовий туберкульоз та кількох регіональних центрів, що дасть змогу зосереджувати профільних хворих та надавати їм висококваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу, виконувати наукові дослідження з вироблення нових методів діагностики та лікування, вивчення епідеміології хвороби;
- відродження колишньої ефективної системи надання допомоги хворим на КСТ, яка складалася з трьох ланок: заклади загальної лікувальної мережі — протитуберкульозні диспансери — спеціалізовані заклади;
- широке використання можливостей кафедр післядипломної підготовки щодо підготовки кадрів лікарів-фахівців з кістково-суглобового туберкульозу шляхом внесення питань діагностики його в програму передатестаційних циклів практично зі всіх спеціальностей, проведення циклів тематичного вдосконалення з ПЛТ.

Список літератури

1. Беллендир Э.Н. Значение внелегочных локализаций туберкулеза для современной фтизиатрии // Пробл. туб. — 2001. — № 6. — С. 47–48.
2. Внелегочной туберкулез: Руководство для врачей / Под ред. А.В. Васильева. — СПб, 2000. — 327 с.
3. Костно-суставной туберкулез / Под ред. Ю.Н. Левашева и А.Е. Гарбуза. — М.: Медицина и жизнь, 2003. — 294 с.
4. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2008–2013 / За ред. О.К. Толстанова. — К., 2012. — 105 с.
5. Sharma S.K., Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis // Indian J. Med. Res. — 2004. — P. 316–353.

Г.Г. Голка, О.Г. Фадеєв, Д.А. Истомин, В.В. Веснин
Харьковский национальный медицинский университет

Костно-суставной туберкулез как составная часть проблемы болезни

Цель исследования — улучшение эффективности диагностики костно-суставного туберкулеза.

Проанализировано состояние проблемы диагностики и лечения больных костно-суставным туберкулезом в Украине. Выявлены сложности и причины несвоевременной диагностики.

Установлено, что сложности диагностики его начальных форм обусловлены не столько скрытым характером развития специфического процесса и бессимптомностью его проявлений, сколько неправильной трактовкой клинико-рентгенологических признаков болезни, а также данных лабораторных исследований и патоморфозом заболевания.

Предложены пути решения существующих проблем.

Ключевые слова: диагностика костно-суставного туберкулеза, методы лучевой диагностики, усовершенствование диагностики.

G.G. Golka, O.G. Fadeev, D.A. Istomin, V.V. Vesnin
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Osteoarticular tuberculosis as part of the tuberculosis problem

Objective – to improve the efficiency of diagnostic osteoarticular tuberculosis.

Was analyzed actual state of the problem in diagnostic and treatment of the patients with osteoarticular tuberculosis in our country. Revealed difficulties and the reasons of untimely diagnostic.

Was found that difficulty in diagnosis of early forms of the osteoarticular tuberculosis is not caused because of the latent nature of the specific process and asymptomatic manifestations but due to incorrect interpretation: of clinical and radiographic signs, laboratory studies information, pathomorphism of the disease

The authors suggest ways to figure out the existing issues.

Key words: diagnostic of osteoarticular tuberculosis, radiological investigation methods, improvement of diagnostic.

Контактна інформація:

Голка Григорій Григорович, д. мед. н., проф., зав. кафедри травматології та ортопедії ХНМУ
61018, м. Харків, пров. Балакірева, 3, лікарня швидкої невідкладної допомоги
Тел. (057) 343-09-11
E-mail: gr_golka@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 8 червня 2015 р.