



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

¹ Сумський державний університет

² Сумський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Деякі питання туберкульозу кісток в умовах епідемії

Мета роботи — дослідити тенденцію захворюваності на туберкульоз кісток і суглобів мешканців Сумської області у динаміці за 2007–2016 рр. та привернути увагу лікарів загального профілю до нагальної проблеми сьогодення.

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

Результати та обговорення. Протягом 2007–2016 рр. 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 і суглобів. Туберкульозний спондиліт виявлено у 77 (59,7 %) хворих, туберкульоз кульшового суглоба — у 32 (24,8 %), 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. 55,8 % хворих на туберкульозний спондиліт втратили працездатність, із них визнані інвалідами I групи 15 (34,9 %), II — 18 (41,8 %) і III — 10 (23,3 %).

Висновки. В останні роки на Сумщині зросла 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.

Пандемія туберкульозу, що «розпочалася» наприкінці 80-х років минулого сторіччя, знайшла для себе сприятливе підґрунтя на теренах Східної Європи та в країнах колишнього Союзу, зокрема на Сумщині (Слобожанщині). За темпами росту захворюваності, збільшення хворобливості та іншими ознаками туберкульозного процесу в Україні, згідно з критеріями ВООЗ, у 1995 р. зафіксовано епідемію цієї соціально небезпечної недуги [11].

Для боротьби з епідемією у нашій державі впроваджено низку законів та наказів МОЗ. Здавалося б, передумови для подолання хвороби

існують, проте поліпшити ситуацію і приборкати хворобу не вдається [10].

Хоча захворюваність на кількість нових випадків туберкульозу в Україні зменшилася від 79,8 на 100 тис. населення у 2007 р. до 55,9 на 100 тис. населення у 2015 р., не варто забувати, що у цих показниках за останній рік не враховано дані з окупованих територій Східної України [8, 9].

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

Серед усіх клінічних форм туберкульоз кісток і суглобів (ТКС) займає друге місце і становить майже 2,6 %, «посідаючи» при цьому перше місце серед форм туберкульозу позалегенової локалізації. ТКС фіксують у 10–35 % хворих з уперше виявленим туберкульозом [3, 7]. Суттєвої різниці щодо частоти ураження кісток у ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних хворих не встановлено [7]. Останнє, на нашу думку, свідчить не стільки про роль імунної системи чи природної резистентності у підтримці епідемії туберкульозу, як про особливості та активність власне туберкульозної інфекції [1].

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

Від 18,2 % в 1991 р. до 41,2 % у 2007 р. зростає кількість поширених форм туберкульозного спондиліту зі втягненням у процес трьох і більше хребців. Водночас кількість хворих із медикаментозно-стійкими формами туберкульозу збільшилася від 54,8 до 81,5 % [2]. Ураження паравертебральних тканин у вигляді напливних абсцесів спостерігаються у 81,7 % випадків. Неврологічні порушення різного ступеня фіксують у 50–66,5 % хворих [2], стиснення спинного мозку – у 40–70 % спостережень [7].

Діагностика туберкульозного спондиліту вимагає значного поліпшення, оскільки від маніфестації ТКС до встановлення діагнозу минає від 4–6 міс до 1–2 років [3]. Основними причинами пізньої верифікації процесу автори вважають прихований перебіг процесу та неналежну налаштованість лікарів первинної медичної ланки [3, 6]. Особливо непокоїть брак кваліфікованих кадрів з діагностики та лікування туберкульозу кісток і суглобів і недостатність належної матеріально-технічної бази практично в усіх регіонах України. Про обмежені фінансові можливості хворих вже не йдеться. Окремою проблемою залишається недостатня обізнаність лікарів загально-лікувальної мережі щодо діагностики і лікування хворих на ТКС. Воно й зрозуміло, оскільки лікарям загальної мережі немає у кого навчатися. Безумовно, недостатня кількість публікацій на цю тематику у фахових журналах не поліпшує ситуацію. Наслідками «слабких» ланок навколо туберкульозних проблем є розвиток ускладнень ТКС, які невідворотно ведуть до втрати працездатності та ранньої інвалідності [2, 6].

Серед уперше виявлених хворих на туберкульоз питома вага пацієнтів із за давніми та

ускладненими формами ТКС сягає 52,7–80,0 % [3]. Усе це призводить до тяжких наслідків хвороби в медико-біологічному та соціальному аспектах. Із усіх позалегенових форм туберкульозу, що спричинили інвалідність, на ТКС припадає 89,4 %, із хворих на ТКС від 50,9 до 62,2 % інваліди [6]. Найчастіше при цьому встановлювали ІІ групу інвалідності, тобто хворих визнавали непрацездатними [6].

Для діагностики туберкульозного спондиліту автори рекомендують комплексне променеве дослідження з використанням як комп'ютерної (КТ), так і магнітно-резонансної томографії (МРТ). Оскільки МРТ дає змогу оцінити ступінь ураження спинного мозку та прилеглих тканин, а КТ – ступінь і характер ураження кісткової тканини, запропоновано порівнювати результати цих досліджень з даними традиційного рентгенологічного дослідження [5–7]. Проте виявити на ранніх стадіях кісткову деструкцію з секвестрами вдається лише шляхом КТ [5].

Окрім того, наголошують на потребі в проведенні пункцій кісткових утворів для мікробіологічних та молекулярно-генетичних досліджень біоптатів [4, 7]. Проте цей метод застосовують лише в спеціалізованих відділеннях фахівцями, які володіють методами ультрасоноскопії.

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

За даними літератури, частіше спостерігаються післяопераційні ускладнення внаслідок хірургічного лікування туберкульозного спондиліту у хворих з ускладненим перебігом хвороби. Це неврологічні порушення, напливні абсцеси, порушення функції тазових органів тощо. Вони залежать від тривалості захворювання, яка визначається ефективністю діагностично-лікувального процесу. Статистично вірогідно встановлено, що на розвиток післяопераційних ускладнень впливає поширеність процесу, яка також залежить від його тривалості [2, 6].

Оскільки кістки та суглоби уражаються туберкульозом найчастіше, а клінічна картина нерідко має прихований характер і діагностика захворювання затягується на тривалий час, актуальним залишається вивчення проблеми епідеміологічних показників ТКС в усіх регіонах України, зокрема Сумській області.

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

Таблиця 1. Кількість хворих з новими випадками туберкульозу в Сумській області за 2007—2016 рр.

Рік	Загальна кількість хворих на туберкульоз	Кількість хворих на КСТ	
		Абс.	%
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
Разом	6323	129	2,0

Таблиця 2. Розподіл хворих на КСТ за віком

Вік, роки	Кількість хворих	
	Абс.	%
До 19	5	3,9
20—29	21	16,3
30—39	37	28,7
40—49	25	19,4
50—59	23	17,8
60 і більше	18	13,9
Разом	129	100,0

Матеріали та методи

Проаналізовано захворюваність на туберкульоз кісток та суглобів мешканців Сумської області протягом 2007—2016 рр.

Результати та обговорення

За цей період зареєстровано 129 хворих на ТКС. Абсолютну кількість хворих з новими випадками туберкульозу загалом та ТКС, зокрема у нашій області, наведено в табл. 1.

Отже, в останні роки спостерігається тенденція до зростання питомої ваги хворих на ТКС із усіх форм уперше виявленого туберкульозу. Загалом за останніх 10 років кількість хворих на ТКС становила у середньому 2,0 %. При цьому за перших 5 років спостереження ТКС становив 1,8 %, а за останніх 5 років — 2,3 %.

Таблиця 3. Локалізація КСТ

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

Серед захворілих на ТКС чоловіків було 72 (55,8 %), жінок — 60 (44,2 %). Більшість хворих мали працездатний вік (табл. 2).

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

Мешканців міст було 95 (73,6 %), сільських жителів — 34 (26,4 %), тобто у 2,8 рази більше ($p < 0,05$).

За даними анамнезу, зі 129 хворих із уперше діагностованим ТКС у 16 (12,4 %) був (від 8 до 36 міс) синдром плеврального випоту, тобто плеврит, який не верифіковано шляхом торакоскопії, плевробіопсії, цитологічного та гістологічного досліджень. Ще у 25 (19,4 %) осіб за 12—28 міс до маніфестації ТКС був торакальний патологічний процес, що перебігав під маскою пневмонії. Ретроспективно, з урахуванням цієї форми туберкульозу, його можна ідентифікувати не лише із синдромом плеврального випоту, а й із туберкульозним плевритом. Декого із цих хворих лікували антибактеріальними препаратами, а 11—8,5 % пацієнтів узагалі не зверталися по медичну допомогу.

Отже можна вважати, 41 (31,8 %) хворий у недалекому минулому переніс туберкульозний плеврит, який не був вчасно діагностовано та верифіковано. З часом розвинувся ТКС (табл. 3).

Туберкульоз хребта (спондиліт) виявлено у 77 (59,7 %) хворих, специфічне запалення кульшового суглоба у — 32 (24,8 %), колінного — у 7 (5,4 %), гомілковостопного — у 3 (2,3 %). У 10 (7,8 %) хворих встановлено туберкульоз інших (дрібних) кісток і суглобів.

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

Найчастіше спостерігалось специфічне запалення грудного відділу хребта (32, або 41,5 % хворих), ураження поперекового (25, або 32,5 %) та грудопозвонокового (14, або 18,2 %) відділів. Туберкульоз хребців шийного, попереково-крижового та крижового відділів виявлено лише у 3 (3,9 %), 2 (2,6 %) та 1 (1,3 %) хворого відповідно.

Шийний відділ хребта був уражений у 3 (3,9 %) чоловіків, грудний відділ — у 18 (23,4 %) чоловіків і 14 (18,2 %) жінок.

Туберкульозний спондиліт поперекового відділу зареєстровано у 16 (20,7 %) чоловіків і у 9

Таблиця 4. Локалізація туберкульозу хребта

Відділ	Кількість хворих		Гендерні особливості			
	Абс.	%	Чоловіки	%	Жінки	%
Шийний	3	3,9	3	3,9	—	—
Грудний	32	41,5	18	23,4	14	18,2
Грудинно-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	—	—
Разом	77	100,0	44	57,1	33	42,9

(11,7 %) жінок, що частіше у 1,8 разу. На нашу думку, це можна пояснити професійною діяльністю чоловіків, коли на цей відділ хребта припадає максимальне навантаження гравітаційного та гравітаційно-ротаційного характеру. За певних умов це «слабке місце» може перетворитися на зону специфічного запалення.

Ураження грудинно-поперекового відділу зареєстровано у 5 (6,5 %) чоловіків і 9 (11,7 %) жінок.

Туберкульоз попереково-крижового відділу виявлено у 1 (1,3 %) чоловіка та у 1 (1,3 %) жінки. Крижовий відділ було уражено у 1 (1,3 %) чоловіка.

Втягнення у специфічний процес 1–2 хребців спостерігалося у 50 (64,9 %) хворих, 3–4 – у 15 (19,5 %), значно поширився туберкульозний процес (5 і більше хребців) у 12 (табл. 5).

Таким чином, уражено понад 3 хребці у 27 (35,1 %) осіб, що значно вплинуло на поширення процесу на нервові структури та паравертебральні тканини і призвело до різноманітних ускладнень та стійкої й тривалої втрати працездатності (табл. 6).

Загалом вперше визнано інвалідами 43 (55,8 %) хворих на туберкульозний спондиліт. З них

Таблиця 5. Частота ураження хребців

1–2 хребці		3–4 хребці		5 і більше хребців	
Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
50	64,9	15	19,5	12	15,6

I групу встановлено у 15 (34,9 %), II – у 18 (41,8 %) і III – у 10 (23,3 %).

Висновки

1. За останні роки в Сумській області збільшилася питома вага хворих на туберкульоз кісток і суглобів серед уперше виявлених.

2. У 41 (31,8 %) хворого ретроспективно запідозрено перенесений туберкульозний плеврит, який не було діагностовано й ліковано, що призвело до пролонгації захворювання за типом ТКС.

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

Таблиця 6. Первинний вихід на інвалідність хворих на туберкульозний спондиліт

Рік	Кількість спондилітів	Встановлено інвалідність		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
Разом	77	43	55,8	15	34,9	18	41,8	10	23,3

4. У разі туберкульозного спондиліту 1–2 хребці було уражено у 50 (64,9 %) хворих, 3–4 – у 15 (19,5 %), 5 і більше – у 12 (15,6 %).

5. 55,8 % хворих на туберкульозний спондиліт втратили працездатність. Інвалідами I групи

стали 15 (34,9 %), II – 18 (41,8 %), III – 10 (23,3 %) пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Вивчити характер та поширеність змін при ТКС, проаналізувати методи діагностики й наявність ускладнень.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження – І.Д. Дужий, збір та обробка матеріалу – В.О. Олещенко, написання тексту – Г.П. Олещенко, статистичне опрацювання даних – Г.П. Олещенко, В.Ю. Ковчун, редагування тексту – І.Д. Дужий.

Список літератури

1. Дужий І.Д., Піддубна Г.П. Туберкульозний плеврит як провісник дисемінованого прогресуючого туберкульозу // Укр. пульмонол. журн. – 2016. – № 1. – С. 68–70.
2. Бурлаков С.В., Олейник В.В., Вишневикий А.А. Влияние длительности заболевания туберкулезным спондилитом на развитие осложнений // Травматология и ортопедия России. – 2013. – № 1 (67). – С. 61–66.
3. Голка Г.Г., Фадеев О.Г., Істомін Д.А., Веснін В.В. Кістково-суглобовий туберкульоз як складова частина проблеми хвороби // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2015. – № 2 (21). – С. 111–115.
4. Голка Г.Г., Калмикова І.М., Фадеев О.Г. та ін. Роль і значення полімеразної ланцюгової реакції в діагностиці кістково-суглобового туберкульозу // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2016. – № 3 (26). – С. 28–34.
5. Голка Г.Г. Роль і значення сучасних променевиx методів дослідження в діагностиці туберкульозного спондиліту // Укр. радіол. журн. – 2006. – № 14. – С. 12–18.
6. Клішина Л.С., Баранова В.В., Полякова В.Г. та ін. Аналіз первинного виходу на інвалідність хворих на позалегеневий туберкульоз у Луганській області за період 2007–2009 роки // Укр. мед. альманах. – 2011. – Т. 14. – № 5. – С. 78–80.
7. Петренко В.І., Долинська М.Г., Рознатовська О.М. Позалегеневий і міліарний туберкульоз у хворих на коінфекцію туберкульоз/ВІЛ. – «ДКС центр», 2015. – 112 с.
8. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник за 2001–2012 роки. – К., 2013. – 128 с.
9. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник. – К., 2016. – <http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information>.
10. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Опанасенко М.С. Реорганізація, реструктуризація та реформування протитуберкульозної служби в Україні. – К.: Видавництво Ліра-К, 2015. – 174 с.
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/.

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

¹Сумський державний університет

²Сумський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер

Некоторые вопросы костного туберкулеза в условиях эпидемии

Цель работы – изучить тенденцию заболеваемости туберкулезом костей и суставов жителей Сумской области за 2007–2016 гг. 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. У 41 (31,8 %) больного ретроспективно заподозрили вовремя не диагностированный туберкулезный плеврит, который 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. У 50 (64,9 %) больных туберкулезным спондилитом были поражены 1–2 позвонка, у 15 (19,5 %) – 3–4, у 12 (15,6 %) – 5 и более позвонков. 55,8 % больных туберкулезным спондилитом потеряли работоспособность, из них были признаны инвалидами I группы 15 (34,9 %), II – 18 (41,8 %) и 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.

I.D. Duzhiy¹, G.P. Oleshchenko¹, V.O. Oleshchenko², V.Yu. Kovchun¹, L.A. Bondarenko²

¹Sumy State University, Sumy, Ukraine

²Sumy Regional Clinical TB Dispansary, Sumy, Ukraine

Some 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.

Контактна інформація:

Дужий Ігор Дмитрович, акад. АН ВШ України, д. мед. н., проф., зав. кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіотрії
40021, м. Суми, вул. Гамалея, 1/39
Тел. (0542) 65-65-55
E-mail: gensurgery@med.sumdu.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 14 лютого 2017 р.