

З. П. Махмудова**ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА КОСТЕЙ И СУСТАВОВ***РСНПМЦ Фтизиатрии и Пульмонологии им. Ш. Алимova МЗ РУз, г.Ташкент*

Цель работы: изучить особенности клинического течения и пути улучшения диагностики туберкулеза костей и суставов.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 137 впервые выявленных больных туберкулезом костно-суставной системы (ТКСС). Среди изученных больных мужчин было 64 (46,7 %), женщин 73 (53,3 %) в возрасте от 18 до 55 лет.

Результаты: в результате проведенных общеклинических, бактериологических и рентгено-томографических обследований больных туберкулез грудного отдела позвоночника установлен у 31 (22,6 %) больного, туберкулез грудно-поясничного отдела позвоночника – у 15 (10,9 %), туберкулез поясничного отдела позвоночника – у 38 (27,7 %), туберкулез пояснично-крестцового отдела позвоночника – у 18 (13,1 %), туберкулез крестцового отдела позвоночника – у 18 (13,1 %), туберкулез тазобедренного сустава – у 14 (10,2 %), туберкулез локтевого сустава – у 2 (1,4 %), туберкулез голеностопного сустава – у 1 (0,7 %). Диагноз туберкулеза верифицирован на основании выделения МБТ в мокроте (бактериоскопически и посевом) – у 49 (35,8 %); выделения МБТ из свищевого материала – у 21 (15,3 %) и у 67 (48,9 %) больных подтвержден на операционном материале (гистологически), по совокупности данных лучевых, лабораторных методов исследований, с учетом в анамнезе наличия туберкулеза других органов.

У 64 (53,7 %) больных с туберкулезом позвоночника процесс был осложнен рсоас абсцессом; у 43 (35,8 %) – паравертебральным абсцессом; у 30 (25,0 %) – эпидуральным абсцессом; у 9 (6,6 %) – пресакральным абсцессом; у 30 (21,9%) – свищом.

У 15 (10,9 %) больных ТКСС процесс сочетался с туберкулезом легких. Из них диссеминированный туберкулез диагности-

рован – у 3 (20,0 %) больных, инфильтративный туберкулез – у 4 (26,7 %), очаговый туберкулез – у 7 (46,7 %), фиброзно-кавернозный туберкулез – у 1 (6,7 %) больных.

Среди впервые выявленных больных ТКСС 20 (14,6 %) человек были направлены во фтизиоортопедическое отделение из хирургических отделений общей лечебной сети, где были выполнены различные по объему хирургические операции. При проведении многофакторного анализа вероятности возникновения и развития ТКСС оказалось высокой у 85 (62,0 %) человек, в том числе у больных с длительным (от 1 до 5 лет) дегенеративно-дистрофическим процессом – у 58 (68,2 %) больных, с радикулярным синдромом – 11 (12,9 %), патологическим переломом (в связи с приемом гормональных препаратов, в связи с старческим возрастом) – у 7 (8,2 %), с эхинококковым поражением костей и суставов – у 6 (7,1 %), аномалиями развития позвоночника – у 3 (3,5 %) больных. Бессимптомное течение заболевания отмечено, в среднем у 45 (32,8 %) больных, общие симптомы – у 12 (8,8 %) больных.

Заключение. Стертость клинической картины процесса обусловила ошибочную диагностику и длительное пребывание больных ТКСС (от 1 до 5 лет) в учреждениях по поводу заболеваний нетуберкулезной этиологии. 14,6 % человек были направлены во фтизиоортопедические отделения из хирургических стационаров где выполнены различные по объему хирургические операции по поводу предполагаемого другого ортопедического заболевания. Диагноз ТКСС может быть установлен либо отвергнут на основании комплексного клинико-лабораторного обследования, осуществимого лишь в специализированном учреждении.