

## ТУБЕРКУЛЕЗ ВНЕТОРАКАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

В. А. БОЛОТНИКОВА<sup>1</sup>, К. М. ЯВОРСКИЙ<sup>2</sup>, С. М. АЛЕКСАНДРУ<sup>3</sup>, Л. М. МАРКОЧ<sup>3</sup>,  
Т. С. ГРИГОРАШ<sup>3</sup>, Л. М. ВОРНИЧЕСКУ<sup>3</sup>, Е. И. БАЛАН<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ОМСУ «Институт фтизиопульмонологии «Кирилл Драгашок», г. Кишинев

<sup>2</sup>ОМСУ «Муниципальная клиническая больница фтизиопульмонологии», г. Кишинев

<sup>3</sup>Фтизиопульмонологический диспансер, г. Бельцы, Республика Молдова

Несмотря на некоторое улучшение эпидемиологических показателей по детскому туберкулезу (ТБ) в целом, экстраторакальный ТБ остается важной и актуальной проблемой во фтизиопедиатрии. И хотя его доля среди других форм ТБ невелика, остроту ситуации придают трудности выявления и верификации диагноза, сложности лечения и реабилитации. К сожалению, отсутствие специалистов по внеторакальному ТБ в штатном расписании районных медицинских учреждений и недостаточная вооруженность знаниями врачей фтизиатров в периоды последилового образования приводят к феномену недоявления или несвоевременной диагностике ТБ внеторакальных локализаций со всеми негативными последствиями.

**Цель:** изучить частоту встречаемости, клиническую структуру, особенности выявления и диагностики, правильность регистрации внеторакальных форм ТБ у детей.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ амбулаторно-стационарной документации и учетных форм на детей и подростков 0-17 лет за 2002-2012 гг. с внеторакальным ТБ. Использованы данные официальных годовых статистических отчетов.

**Результаты и обсуждение.** Сопоставление частоты и динамики встречаемости внеторакальных форм ТБ в структуре среди всех впервые выявленных случаев ТБ у детей и подростков за указанный анализируемый период показало, что доля этих форм ТБ колебалась от 5,3% в 2002 г. до 9,0% в 2010 г. В остальные годы наблюдений резких колебаний числа ежегодно выявляемых таких больных не было, их доля составляла всего 3,6-3,9%. Но в половине случаев это были тяжелые, запущенные процессы, нередко требующие хирургического лечения.

В клинической структуре первое место занимал ТБ мочеполовой системы, его доля составила 28%. На втором месте ТБ периферических лимфоузлов – 26%, на 3-м месте – ТБ костей и суставов – 24%. Далее следует ТБ глаз – 12%, ТБ мозговых оболочек и центральной нервной системы (менингиты, энцефалиты) – 6% и ТБ прочих органов – 4%. При этом следует отметить, что поражение центральной нервной системы и костно-суставной системы чаще наблюдалось у детей младшего возраста, для которых характерна ранняя генерализация первичной туберкулезной инфекции. У детей старшего воз-

раста и подростков преобладающей формой был ТБ периферических лимфоузлов и мочеполовых органов. По локализации костных поражений на первом месте находится туберкулезный спондилит, который остается одним из наиболее тяжело протекающих заболеваний. Проблема костно-суставного ТБ привлекает к себе внимание из-за все чаще встречающихся осложнений на вакцинацию БЦЖ. Собственные наблюдения и данные литературы свидетельствуют о том, что диагноз БЦЖ-остита перестал быть редкостью и доставляет врачам немало диагностических трудностей из-за сходства клинико-рентгенологической и морфологической картины с типичным ТБ-оститом и отсутствием возможности использования молекулярно-генетического метода исследования для идентификации штамма микобактерий.

Особую озабоченность вызывает заболеваемость туберкулезным менингитом и энцефалитом, несмотря на то, что они регистрировались не каждый год. Тревога связана с тем, что все случаи смерти детей от ТБ были обусловлены этими формами и их поздней диагностикой. Важно также отметить и тот факт, что в последние годы стало наблюдаться появление рецидивов внеторакальных форм ТБ.

Анализ путей выявления ТБ показал, что все дети были выявлены при обращении с жалобами в различные медицинские учреждения, несмотря на то, что многие из них состояли на диспансерном учете в группе риска по инфицированию и заболеванию ТБ. Длительность обследования иногда составляла от 1 до 4 мес. до момента регистрации их как больных ТБ. Трудности выявления и запоздалая диагностика, по нашему мнению, были лишь отчасти связаны с недостаточной настороженностью и осведомленностью врачей общей медицинской сети об особенностях патоморфоза и течения экстраторакального ТБ на современном этапе. Ключевым вопросом является использование в клинической практике новых научных разработок и технологий в области лучевой, микробиологической, иммунологической, молекулярно-биологической диагностики. Это позволило бы сделать правильный выбор диагностического алгоритма. При этом следует заметить, что общепринятые методы, используемые для выявления ТБ органов дыхания, зачастую малоинформативны и не всегда применимы для диагностики ТБ внеторакальных локализаций.

В создавшихся условиях большое значение имеет и система учета внеторакального ТБ. По полученным данным, относительно удовлетворительные эпидемиологические показатели заболеваемости и распространенности этих форм ТБ не отражают истинной картины. Парадокс заключается в том, что при сочетании внеторакальных локализаций с активным ТБ органов дыхания учитывается только последний, при множественных внеторакальных поражениях – только одна из них (наиболее тяжелая). Вместе с тем в клинической практике сочетанные и множественные поражения органов и систем ТБ не редки.

**Заключение.** При несомненной приоритетности проблемы ТБ органов дыхания ТБ экстра-торакальных локализаций у детей сохраняет свое медико-социальное значение. Эти формы ТБ и в XXI в. представляют одну из самых трудных диагностических, лечебных и реабилитационных проблем фтизиопедиатрии. На наш взгляд, внедрение дифференцированного подхода к обследованию детей из групп риска, разработка национальных клинических протоколов по ТБ внеторакальных локализаций, в основу которых будут положены принципы доказательной медицины, могут улучшить состояние борьбы с ТБ и позволят избежать искажения реальной эпидемической ситуации.

### ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ТРУДНОИНТЕРПРЕТИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ

Е. А. БОРОДУЛИНА, Т. Е. АХМЕРОВА, О. И. КАРПОВ, Е. А. АМОСОВА

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

**Цель исследования:** совершенствование диагностики туберкулеза у детей при трудноинтерпретируемых результатах туберкулинодиагностики.

**Материалы и методы.** Обследовали 145 детей и подростков, больных туберкулезом и инфицированных *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ). Группа 1 – 100 детей с локальными формами туберкулеза, группа 2 – 45 детей, инфицированных МБТ. Группу контроля составили 85 здоровых детей, не инфицированных МБТ. Диагноз заболевания устанавливали на основании клинических, анамнестических данных, лабораторных, функциональных методов исследования. Всем детям проводили туберкулинодиагностику, которая включала пробу Манту с 2 ТЕ и пробу с Диаскинтестом (ДСТ). Оценка результатов туберкулиновой чувствительности выполняли в соответствии с инструкцией по применению препарата. Иммунологические исследования включали определение процентного содержания субпопуляций лимфоцитов ( $CD4^+$ ,  $CD16^+$ ,  $CD27^+$ ,  $CD4^+CD27^+$ ,  $CD4^+CD27^-$ ) с помощью меченных ФИТЦ и фикоэритрином МКАТ серии ИКО («Сорбент», Москва). Иммуофлюоресценцию клеток оценивали на лазерном проточном цитофлюориметре «Calibur» («BD» USA) в режиме CellQuest Pro. Одновременно проводили клинический анализ крови для определения абсолютного количества клеток. Статистическую обработку числового материала осуществляли с использованием программы Statistica 5.5 с заданной надежностью  $P = 95\%$  или уровнем значимости  $p = 0,5$ .

**Результаты.** При сравнительном анализе групп выявлено, что распределение по полу примерно одинаковое, но возраст больных группы 2 меньше на 3,2 года.

По результатам туберкулинодиагностики выявлено, что большинство детей имели выраженные положительные результаты при пробе Манту с 2 ТЕ и пробе с ДСТ: при локальных формах туберкулеза папула 10-16 мм – 62 и 31% ( $p < 0,05$ ), умеренно выраженные пробы (папула 5-9 мм) – 18 и 26% ( $p < 0,05$ ), гиперергические пробы – 16 и 17% соответственно ( $p > 0,05$ ); отрицательные – в 1% случаев при пробе Манту с 2 ТЕ и 16% – с ДСТ ( $p < 0,05$ ), сомнительные – у 3% при пробе Манту с 2 ТЕ. У детей с положительной реакцией на ДСТ в 10% случаев папула была до 5 мм. Отрицательных результатов на ДСТ (16) было достоверно больше, чем на пробу Манту с 2 ТЕ (1) ( $p < 0,05$ ). В группе с выражено большинство детей (42,2%) имели выраженные положительные пробы 10-14 мм, гиперергические пробы были только в 24,4% случаев ( $p < 0,05$ ). По результатам оценки пробы ДСТ в 84,5% (38) отмечался положительный, в 15,5% (7) – отрицательный и сомнительный результаты. При этом отрицательные результаты на ДСТ были у детей, имеющих, помимо инфекционного характера пробы Манту, критерии для постановки на учет к фтизиатру и проведения превентивной химиотерапии.

Отрицательные результаты пробы Манту с 2 ТЕ и пробы с ДСТ отмечались у ребенка с ВИЧ-инфекцией. У детей, положительно реагирующих на пробу Манту с 2 ТЕ, отмечался отрицательный результат на ДСТ среди детей с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов в 12% случаев (6 человек) ( $p < 0,05$ ); с первичным туберкулезным комплексом – в 50% (1), с инфильтративным туберкулезом легких – в 4,5% (один человек); с очаговым туберкулезом легких – в 26,7% (4 человека) ( $p < 0,05$ ); с внелегочным туберкулезом в