

## Методы выявления туберкулеза у детей раннего возраста в разные временные периоды

**А.В. Мордык**, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России, Омск, Россия,

**Е.А. Цыганкова**, канд. мед. наук, заведующая отделением КУЗОО «Специализированная детская туберкулезная клиническая больница», Омск, Россия

**А.Р. Ароян**, ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России, Омск, Россия

С целью оценки методов выявления туберкулеза у детей раннего возраста и определения роли туберкулинодиагностики проведено сравнительно ретроспективное исследование среди 311 детей от 0 до 3-х лет, заболевших туберкулезом на территории Омской области за период с 1985 по 2010 год, разделенных на 5 исследовательских групп в соответствии с 5-летними временными периодами. Установлено, что у детей наиболее часто встречался туберкулез органов дыхания, самой частой формой которого был туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Туберкулинодиагностика явилась наиболее действенным методом в выявлении ограниченных, не осложненных форм первичного туберкулеза у детей раннего возраста. В течение времени доля детей, выявленных по обращению, не изменялась, количество детей, выявленных с помощью туберкулинодиагностики, снижалось за счет выявленных по контакту. При делении детей на возрастные периоды в зависимости от года жизни, была также убедительно доказана ведущая роль туберкулинодиагностики в выявлении туберкулеза в возрасте от 1 до 3 лет жизни ребенка.

**Ключевые слова:** дети, туберкулез, ранний возраст, методы выявления туберкулеза, туберкулинодиагностика.

Несмотря на стойкую тенденцию к снижению заболеваемости туберкулез продолжает оставаться весьма актуальной проблемой [1, 2, 10, 14]. Задачей современного общества и медицинской общественности, по мнению экспертов ВОЗ, является полное искоренение туберкулеза и отсутствие семей, несущих расходы в связи с заболеванием [1]. Достичь успехов в борьбе с инфекционным заболеванием можно только путем своевременного выявления новых случаев туберкулеза и их полноценного излечения [10].

Применительно к детям и подросткам приоритетным направлением является раннее выявление туберкулеза, до развития его локальных форм, что позволяет сделать туберкулинодиагностика [4, 11, 12, 16]. Выявление состояний, именуемых ранним периодом первичной туберкулезной инфекции, гиперергической чувствительности на туберкулин, прироста туберкулиновой чувствительности у инфицированных МБТ детей, полноценное их обследование, наблюдение в группах риска со всем комплексом профилактических мероприятий позволяет избежать локального туберкулеза в последующем [7, 11, 13]. При проведении массовой туберкулинодиагностики всегда выявлялась часть детей с локальными формами туберкулеза, преимущественно без осложнений, что позволяло их отнести к своевременно выявленным [7, 8, 11, 16]. Другой способ выявления туберкулеза, при обращении в общую лечебную сеть с жалобами, приводит к выявлению осложненных форм туберкулеза у детей, считающихся несвоевременно выявленными, этим же способом всегда выявлялись и редкие в детской практике, запущенные формы туберкулеза [6, 9, 11].

Достижениями сегодняшней фтизиатрии можно считать внедрение в клиническую практику аллергена рекомбинантного туберкулезного, предназначенного для диагностики туберкулеза [5, 17]. По результатам собственного опыта и литературных источников использование диаскинтеста вместе с туберкулиновыми пробами позволяет оптимизировать как диагностику, так и профилактику заболевания [3, 15, 16]. При этом не хотелось бы умалять роль туберкулинодиагностики в выявлении заболевания. Метод прекрасно выполнял свои функции в период без инновационного диагностикума, и работал абсолютно во все возрастные периоды [4, 17].

В данной статье предполагается актуальным сравнить методы выявления туберкулеза у детей раннего возраста за 25-летний период наблюдения, не затрагивающий новую эру применения диаскинтеста. Роль и значение туберкулинодиагностики в выявлении туберкулеза можно доказать или опровергнуть именно в этот временной отрезок, захватывающий весь период неблагополучия, от его начала до завершения. Ранний возраст выбран по причине своей необычности, до 1 года вообще не должны выполняться пробы Манту с диагностической целью за исключением случаев отсутствия вакцинации БЦЖ, у привитых детей в этот период диагностике туберкулеза мешает поствакцинная аллергия, а средства для ее исключения еще нет. И, наверное, доказательства необходимости или ненужности туберкулинодиагностики на таком материале должны прозвучать наиболее убедительно.

Целью данного исследования явилось оценка значимости отдельных методов выявления туберкулеза

Таблица 1. Распределение детей в группах сравнения по полу, возрасту и месту проживания

Группа наблюдения	I группа 1985-1989 n (%)	II группа 1990-1994 n (%)	III группа 1995-1999 n (%)	IV группа 2001-2005 n (%)	V группа 2006-2010 n (%)	$\chi^2$	p
Возраст до 1 года	3 (4,2)	3 (5,5)	3 (7,7)	8 (12,7)	8 (9,6)	4,038	0,401
Возраст от 1 до 2 лет	17 (23,9)	11 (20,0)	5 (12,8)	9 (14,3)	13 (15,7)	3,480	0,481
Возраст от 2 до 3 лет	51 (71,8)	41 (74,5)	31 (79,5)	46 (73,0)	62 (74,7)	0,839	0,933
Мальчики	40 (56,3)	28 (50,9)	25 (64,1)	35 (55,6)	57 (68,7)	5,627	0,229
Девочки	31 (43,7)	27 (49,1)	14 (35,9)	28 (44,4)	26 (31,3)	5,627	0,229
Город	30 (42,3)	22 (40,0)	23 (59,0)	22 (34,9)	36 (43,4)	5,962	0,202
Село	41 (57,7)	33 (60,0)	16 (41,0)	41 (65,1)	47 (56,6)	5,962	0,202
Всего, n (%)	71 (100)	55 (100)	39 (100)	63 (100)	83 (100)		

у детей раннего возраста с определением роли туберкулинодиагностики за 25-летний временной интервал, соответствующий эпидемиологическому неблагополучию по туберкулезу, до внедрения в практику аллергена туберкулезного рекомбинантного.

Материалы и методы. Проанализировано 311 случаев заболевания туберкулезом детей раннего возраста, находившихся на стационарном лечении в детском отделении противотуберкулезного диспансера № 3 города Омска с 1985 по 2002 годы и в БУЗОО «Специализированной детской туберкулезной клинической больнице» с 2002 по 2010 годы. Сформированы пять групп в соответствии с пятилетними временными периодами: 1-я группа состояла из 71 ребенка, которые находились на стационарном лечении в период с 1985 по 1989 годы, во 2-ю группу вошли 55 детей, получавших противотуберкулезную терапию в период с 1990 по 1994 годы, 3-я группа сформирована из 39 пациентов, находившихся на лечении с 1995 по 1999 годы, 4-ю группу составили 63 ребенка раннего возраста, получавшие противотуберкулезное лечение в период с 2001 по 2005 годы, в 5-ю группу вошли 83 ребенка, лечившихся от туберкулеза в период с 2006 по 2010 годы. Распределение детей в изучаемых группах по полу, возрасту и месту проживания представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, вне зависимости от периода наблюдения, в группах не было достоверных различий по полу, возрасту и месту проживания детей. Удельный вес детей до года в группах сравнения составил от 4,2 до 12,7%, от 1 года до 2 лет – от 12,8 до 23,9%, во всех группах преобладали дети в возрасте от 2 до 3 лет (в среднем 74,3%). Мальчиков было несколько больше, чем девочек (от 50,9 до 68,7%). В четырех группах среди госпитализированных детей доминировали жители села (56,6–65,1%), только пациенты 3-й группы (1995–1999 гг) несколько чаще проживали в городе (59,0%).

Полученные в ходе исследования данные статистически обработаны с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office, Биостат, версия 4.03, Statistica 6.0. Для оценки связи между качественными признаками использовали непараметрический метод с определением критерия Пирсона  $\chi^2$ . Критический

уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Структура клинических форм туберкулеза у детей в изучаемых группах представлена в таблице 2.

Согласно представленным в таблице 2 данным, в клинической структуре туберкулеза у пациентов в изучаемых группах превалировал туберкулез органов дыхания, на его долю приходилось от 91,6 до 97,2%. Ведущей формой специфического поражения у детей раннего возраста на протяжении 25 лет являлся туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, удельный вес которого составлял от 75,4 до 90,8%. Частота выявления первичного туберкулезного комплекса у детей 5-й группы (2006–2010 гг.) по сравнению с 1-й группой (1985–1989) снизилась в 3 раза – с 23,2% до 7,9% ( $\chi^2=5,438$ ,  $p=0,020$ ), в то же время в 3,6 раза увеличилось количество детей с генерализованными формами первичного туберкулеза за счет сочетания туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций – с 2,9 до 10,5% ( $\chi^2=1,917$ ,  $p=0,166$ ). Всего в группах сравнения выявлено 17 больных с сочетанием туберкулеза органов дыхания и внеторакальных локализаций, из них в 7 случаях (41,2%) отмечалось поражение периферических лимфоузлов, у 5 пациентов (29,4%) диагностирован туберкулез мочевой системы, у 3 детей (17,6) в патологический процесс вовлекались кости, в 1 случае (5,9%) была поражена кожа и подкожная клетчатка и у 1 ребенка (5,9%) туберкулез органов дыхания сочетался с двумя внелегочными локализациями (отмечалось поражение костей и периферических лимфатических узлов). С одинаковой частотой во всех группах регистрировалось осложненное течение туберкулеза органов дыхания (от 10,8 до 15,0%), однако, в структуре осложнений в 5-й группе (2006–2010 гг) достоверно чаще отмечается бронхолегочное поражение, реже ателектаз. Доля больных с диссеминированным туберкулезом легких представлена единичными наблюдениями – от 1,3 до 1,6%. Удельный вес бактериовыделителей среди больных туберкулезом органов дыхания составил от 1,3 до 5,8%. Из 293 пациентов с туберкулезом органов дыхания бактериовыделение зарегистрировано у 7 детей раннего возраста (2,4%). У всех бактериовыделителей диагностирован тубер-

Таблица 2. Структура клинических форм туберкулеза у детей в группах сравнения

Группа наблюдения	I группа 1985-1989 n (%)	II группа 1990-1994 n (%)	III группа 1995-1999 n (%)	IV группа 2001-2005 n (%)	V группа 2006-2010 n (%)	$\chi^2$	p
<b>Клиническая форма</b>							
Туберкулезная интоксикация	1 (1,4)	-	-	-	-	3,319	0,495
<b>ТОД, из них:</b>	69 (97,2)	51 (92,7)	37 (94,9)	60 (95,2)	76 (91,6)	2,590	0,629
МБТ (+)	4 (5,8)	1 (2,0)	1 (2,7)	-	1 (1,3)	5,336	0,255
ТВЛУ, из них сочетание с внегочным осложненное течение	52 (75,4) 2 (3,9) 8 (15,4)	44 (86,3) 2 (4,6) 7 (15,9)	30 (81,1) 1 (3,3) 2 (6,7)	49 (81,7) 2 (4,1) 9 (18,4)	69 (90,8) 7 (10,1) 9 (13,0)	6,752 3,507 2,313	0,150 0,477 0,678
ПТК, из них сочетание с внегочным осложненное течение	16 (23,2) - 2 (12,5)	7 (13,7) - -	7 (18,9) 1 (14,3) 2 (28,6)	10 (16,7) 1 (10,0) -	6 (7,9) 1 (16,7) -	9,458 3,508 5,965	0,051 0,477 0,202
Диссеминированный туберкулез легких	1 (1,4)	-	-	1 (1,6)	1 (1,3)	1,342	0,854
Сочетание ТОД и внегочных локализаций, из них:	2 (2,9)	2 (3,9)	2 (5,4)	3 (5,0)	8 (10,5)	4,186	0,381
ТОД + туберкулез мочевого системы	-	1 (50,0)	-	1 (33,3)	3 (37,5)	2,349	0,672
ТОД + периферических лимфоузлов	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100)	1 (33,3)	2 (25,0)	3,926	0,416
ТОД + костей и суставов	1 (50,0)	-	-	-	2 (25,0)	3,238	0,519
ТОД + кожи, мягких тканей	-	-	-	-	1 (12,5)	1,195	0,879
ТОД + несколько внегочных локализаций	-	-	-	1 (33,3)	-	4,958	0,292
Осложненное течение ТОД, из них:	10 (14,5)	7 (13,7)	4 (10,8)	9 (15,0)	9 (11,8)	0,582	0,965
Ателектаз	8 (80,0)	4 (57,1)	3 (75,0)	2 (22,2)	1 (11,1)	12,810	0,012
Плеврит, из них сочетание - с бронхолегочным поражением	2 (20,0)	1 (14,3)	-	4 (44,4)	2 (22,2) 2	3,877	0,423
Легочная диссеминация	-	-	-	1 (11,1)	1 (11,1)	2,459	0,652
Бронхолегочное поражение, из них сочетание с плевритом	-	2 (28,6)	1 (25,0)	2 (22,2)	7 (77,8) 2	14,168	0,007
<b>Внегочный туберкулез, из них:</b>	1 (1,4)	4 (7,3)	2 (5,1)	3 (4,8)	6 (7,2)	3,299	0,509
МБТ (+)	-	1 (25,0)	-	-	2 (33,3)	2,325	0,676
Менингоэнцефалит	1 (100)	2 (50,0)	1 (50,0)	1 (33,3)	3 (50,0)	1,333	0,856
Мочевой системы	-	2 (50,0)	-	-	-	6,857	0,144
Периферических лимфоузлов	-	-	-	2 (66,6)	-	9,905	0,042
Костей и суставов	-	-	-	-	3 (50,0)	6,154	0,188
Кожи и подкожной клетчатки	-	-	1 (50,0)	-	-	7,467	0,113
<b>Врожденный туберкулез</b>	-	-	-	-	1 (1,2)	2,756	0,599
Всего, n (%)	71 (100)	55 (100)	39 (100)	63 (100)	83 (100)		

кулез внутригрудных лимфатических узлов, который в 5 случаях (71,4%) протекал с осложнениями. У 3-х детей (42,8%) с ТВЛУ, осложненным бронхолегочным поражением, МБТ обнаружены в промывных водах бронхов при проведении бронхоскопии, из них в двух случаях бактериоскопическим методом, в одном – методом посева. У 2-х пациентов (28,6%) с ТВЛУ, осложненным ателектазом, МБТ обнаружены в промывных водах желудка методом посева. В 2 случаях (28,6%) неосложненного течения ТВЛУ бактериовыделение зарегистрировано бактериоскопическим методом из

промывных вод желудка. У одного ребенка (14,3%) из 5-й группы сравнения (2006–2010 гг) выявлена лекарственная устойчивость МБТ к изониазиду, рифампицину, канамицину и стрептомицину.

Удельный вес детей с туберкулезом внегочных локализаций в сравниваемых группах составил от 1,4 до 7,3%. Из 16 случаев внегочного туберкулеза у детей в изучаемых группах в 8 (50,0%) диагностирован туберкулезный менингоэнцефалит, эта форма туберкулеза встречалась в каждой группе сравнения. У 7 детей (87,5%) с туберкулезным менингитом

установлен тесный семейный контакт с больными туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением, из них в 3 случаях (42,9%) у источника заражения ребенка выявлена лекарственная устойчивость МБТ к ПТП (эти 3 случая зарегистрированы в период с 2006 по 2010 гг.). Из контактных только 1 ребенок (14,3%) наблюдался по IV группе диспансерного учета с рождения, в остальных случаях контакт установлен после выявления заболевания у ребенка. У 1 пациента (12,5%) источник заражения установить не удалось. У 7 детей (87,5%) поражение центральной нервной системы сочеталось с туберкулезом органов дыхания, из них по 3 случая (42,9%) приходилось на долю ПТК и ТВЛУ, у 1 ребенка (14,3%) диагностирован милиарный туберкулез легких. У двух пациентов (25,8%) с туберкулезным менингоэнцефалитом из 5-й группы (2006–2010 гг.) в ликворе методом посева обнаружены МБТ, из них в первом случае определялась устойчивость МБТ к изониазиду и стрептомицину, во втором – множественная лекарственная устойчивость к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, канамицину.

Среди внелегочных локализаций туберкулезного процесса у детей в изучаемых группах в 3 случаях (18,7%) отмечалось поражение костей (правой плечевой кости, правой бедренной кости, II плюсневой кости правой стопы), причем туберкулез данной локализации зарегистрирован только у детей 5-й группы (период с 2006 по 2010 гг.). Во всех случаях туберкулез костей выявлен при обращении за медицинской помощью, сопровождался деструкцией костной ткани, был подтвержден гистологически. Туберкулез мочевой системы встречался только во 2-й группе сравнения (период с 1990 по 1994 гг.), был диагностирован у 2 пациентов (12,5%), в одном случае выявлен паренхиматозный туберкулез почек с бактериовыделением, во втором случае отмечался двусторонний множественный туберкулезный папиллит, туберкулезный уретрит. В 2 случаях (12,5%) у пациентов 4-й группы (период с 2001 по 2005 гг.) диагностирован туберкулез периферических лимфатических узлов, из них у одного ребенка отмечалось поражение подчелюстной группы лимфоузлов, у второго – паховой группы лимфоузлов. Оба ребенка

выявлены при обращении за медицинской помощью, диагноз установлен после проведения биопсии увеличенных лимфатических узлов. У 1 ребенка (6,2%) из 3-й группы сравнения (1995–1999 гг.) отмечалось специфическое поражение кожи и подкожной клетчатки. Заболевание выявлено при обращении за медицинской помощью с жалобами на опухолевидное образование в области левой половины грудной клетки, диагноз подтвержден гистологически.

Случай врожденного туберкулеза наблюдался только в 5-й группе сравнения (2006–2010 гг.) [10], туберкулезная интоксикация выявлена у 1 ребенка из 1 группы сравнения (1985–1989 гг.).

Имеются достоверные различия методов выявления туберкулеза у детей раннего возраста в различные временные периоды (табл. 3).

Согласно представленным в таблице 3 данным, доля пациентов, заболевание у которых выявлено при проведении массовой туберкулинодиагностики, составляет в разных группах от 25,4 до 65,4%. Среди 130 детей, выявленных вышеуказанным методом, у 128 пациентов (98,5%) диагностирован туберкулез органов дыхания, из них в 113 случаях (88,3%) выявлен туберкулез внутригрудных лимфоузлов, у 15 детей (11,7%) – первичный туберкулезный комплекс, в 8 случаях (6,3%) отмечалось осложненное течение туберкулеза органов дыхания. У 2 детей (1,5%) зарегистрировано сочетание туберкулеза органов дыхания и внеторакальных локализаций. У 76 больных (58,5%) отмечалась положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ, из них у 10 пациентов (13,1%) – слабоположительная (5–9 мм), в 43 случаях (56,6%) – средней интенсивности (10–14 мм), у 23 детей (30,3%) – выраженная (15–16 мм). В 54 случаях (41,5%) регистрировалась гиперергическая чувствительность к туберкулину при проведении пробы Манту с 2 ТЕ, из них у 19 больных (35,2%) наблюдались везикуло-некротические реакции. В 2 раза чаще при проведении туберкулиновых проб туберкулез обнаружен у детей 1-й (1985–1989) и 2-й (1990–1994) групп, чем у больных 3-й (1995–1999), 4-й (2001–2005) и 5-й (2006–2010) групп сравнения (59,5% и 29,7%,  $\chi^2=26,138$ ,  $p=0,000$ ).

**Таблица 3. Методы выявления туберкулеза у детей в группах сравнения**

Признак	Группа сравнения	I группа 1985-1989 n (%)	II группа 1990-1994 n (%)	III группа 1995-1999 n (%)	IV группа 2001-2005 n (%)	V группа 2006-2010 n (%)	$\chi^2$	p
Обследование группы риска (хр. пиелонефрит)		-	-	-	1 (1,6)	1 (1,2)	2,357	0,670
Обращение за медицинской помощью		17 (23,9)	9 (16,4)	9 (23,1)	19 (30,2)	17 (20,5)	3,537	0,472
Массовая туберкулинодиагностика		39 (54,9)	36 (65,4)	13 (33,3)	16 (25,4)	26 (31,3)	29,541	0,000
Обследование по контакту, из них		15 (21,1)	10 (18,2)	17 (43,6)	27 (42,8)	39 (47,0)	21,129	0,000
Выявлены одновременно с очагом		7 (46,7)	5 (50,0)	3 (17,6)	11 (40,7)	17 (43,6)	4,455	0,348
Наблюдались по IV ГДУ, из них получали превентивное лечение		3 (20,0) 3 (100)	4 (40,0) 2 (50,0)	10 (58,8) 4 (40,0)	13 (48,2) 13 (100)	22 (56,4) 19 (86,4)	6,869 16,081	0,143 0,003
Нет сведений		5 (33,3)	1 (10)	4 (23,5)	3 (11,1)	-		

Таблица 4. Методы выявления туберкулеза у детей в разных возрастных группах

Метод выявления	Возраст	до 1 года n (%)	1–2 года n (%)	2–3 года n (%)	$\chi^2$	p
Обращение за медицинской помощью		17 (68,0)	20 (36,4)	34 (14,9)	42,756	0,000
Массовая туберкулинодиагностика		1 (4,0)	8 (14,5)	121 (52,8)	42,860	0,000
Обследование по контакту		7 (28,0)	27 (49,1)	74 (32,3)	6,068	0,048
Всего		25	55	229		

Удельный вес больных туберкулезом, выявленных по контакту, в разные временные периоды составлял от 18,2% до 47,0%. При обследовании детей по поводу контакта с больным туберкулезом в 105 из 108 случаев (97,2%) выявлен туберкулез органов дыхания, из них у 86 (81,9%) диагностировали туберкулез внутригрудных лимфоузлов, у 19 детей (18,1%) выявлен первичный туберкулезный комплекс, в 8 случаях (7,6%) туберкулез органов дыхания протекал с осложнениями. По 1 случаю (0,9%) приходилось на туберкулезную интоксикацию, врожденный туберкулез и сочетание туберкулеза органов дыхания с внелегочной локализацией. Выявление заболевания у ребенка при обследовании по поводу контакта с больным туберкулезом в 2 раза чаще наблюдалось среди детей 3-й (1995-1999), 4-й (2001 – 2005) и 5-й (2006 – 2010) групп по сравнению с 1-й (1985 – 1989) и 2-й (1990-1994) группами (44,9% и 19,8%,  $\chi^2=19,616$ ,  $p=0,000$ ). Из 108 заболевших детей, выявленных при обследовании по контакту с больными туберкулезом взрослыми, 52 ребенка (48,2%) наблюдались по IV группе диспансерного учета, из них неконтролируемое превентивное лечение одним противотуберкулезным препаратом получал 41 ребенок (78,8%). Установлено, что дети из 3-й (1995–1999) группы достоверно реже получали превентивное лечение по контакту, чем пациенты 4-й (2001–2005) и 5-й (2006–2010) групп сравнения ( $\chi^2=7,671$  и  $5,197$ ,  $p=0,006$  и  $0,023$ ). В 43 случаях (39,8%) заболевание у ребенка и источника заражения выявлено одновременно. При изучении медицинской документации в 13 случаях (12,0%) отсутствовали сведения о факте наблюдения по контакту и сроках выявления заболевания у ребенка с момента установления контакта.

У 71 ребенка раннего возраста (22,8%) туберкулез диагностирован при обращении за медицинской помощью. Среди пациентов, выявленных по обращению, в 24 случаях (33,8%) наблюдались генерализованные формы туберкулеза, из них у 8 пациентов (33,3%) выявлен туберкулезный менингоэнцефалит, у 3 детей (12,5%) диагностирован диссеминированный туберкулез легких, в 13 случаях (54,2%) отмечалось сочетание туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций. В 39 случаях (54,9%) за медицинской помощью обращались пациенты с туберкулезом органов дыхания, из них у 9 детей (23,1%) выявлен первичный туберкулезный комплекс, у 30 (76,9%) – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, у 23 больных (59,0%) отмечалось осложненное течение туберку-

лезного процесса. При обращении за медицинской помощью заболевание выявлено у 8 детей (11,3%) с внелегочными формами туберкулеза, из них у 3 пациентов (37,5%) диагностирован туберкулез костей, по 2 случая (25,0%) приходилось на туберкулез мочевой системы и периферических лимфатических узлов, у 1 ребенка (12,5%) отмечалось специфическое поражение кожи и подкожной клетчатки. Среди всех больных туберкулезом детей раннего возраста, выявленных по обращению с жалобами различного характера, в 52 случаях (73,2%) до госпитализации в специализированный стационар проводилась неспецифическая противовоспалительная терапия антибиотиками широкого спектра действия.

Распределение методов выявления туберкулеза у детей разного возраста представлено в таблице 4.

Согласно представленным в таблице данным, при помощи массовой туберкулинодиагностики туберкулез был выявлен достоверно чаще у детей в возрасте от 2 до 3 лет, чем у детей первых 2 лет жизни (52,8% и 11,3%,  $\chi^2=40,387$ ,  $p=0,000$ ). При обращении за медицинской помощью заболевание в 3,5 раза чаще диагностировали у пациентов первого года жизни, чем в возрастной группе от 1 года до 3 лет (68,0% и 19,3%,  $\chi^2=28,448$ ,  $p=0,000$ ). При обследовании по контакту достоверно чаще выявляли больных туберкулезом детей в возрасте от 1 года до 2 лет, чем в возрасте до года и старше 2 лет (49,1% и 31,9%,  $\chi^2=5,151$ ,  $p=0,023$ ).

### Заключение

Таким образом, даже у такой возрастной группы детей, как дети раннего возраста, роль туберкулинодиагностики в выявлении заболевания несомненна. С ее помощью выявлена большая часть ограниченных и неосложненных случаев первичного туберкулеза органов дыхания. Туберкулиновые пробы в период до внедрения в клиническую практику аллержена туберкулезного рекомбинантного позволяли выявлять туберкулез у детей первых лет жизни, несмотря на поствакцинную аллержию. Внедрение новых инновационных методов диагностики необходимо. Разработка и внедрение диаскинтеста своевременно, и облегчает диагностику туберкулеза у детей сегодня. Но важна именно работа в паре, в совокупности с туберкулинодиагностикой, позволяющей выявить и группы риска по туберкулезу, и локальный туберкулез у детей своевременно и правильно.

*Список литературы находится в редакции*