

УДК 616-002.5

**АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА НА  
АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ****Жигалова Ольга Владимировна,**ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, ФГБОУ ВО  
«Иркутский государственный  
медицинский университет», Россия, г. Иркутск**Гладкая Анастасия Евгеньевна,**студентка 6 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Иркутский  
государственный медицинский университет», Россия, г. Иркутск  
e-mail: nastyonka.sovailev@gmail.com**Житов Александр Дмитриевич,**студент 6 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Иркутский  
государственный медицинский университет», Россия, г. Иркутск  
e-mail: zhitoval3x@gmail.com**Аннотация**

В приведенной статье исследуется динамика заболеваемости и выявления внелегочных форм туберкулёза и оцениваются наиболее рациональные подходы к диагностике этих форм на амбулаторном этапе. Данный вопрос является актуальным, так как внелегочные формы туберкулёза имеют неспецифические клинические и лабораторные проявления, характерные для широкого ряда заболеваний, а потому требуют более тщательного подхода к дифференциальной диагностике.

**Ключевые слова:** туберкулёз, внелегочные формы туберкулёза (ВЛТ), туберкулиновые пробы, дифференциальная диагностика.

**ANALYSIS OF THE DETECTION OF EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS  
FORMS AT THE OUTPATIENT STAGE****Zhigalova Olga Vladimirovna,**assistant of the department of polyclinic  
therapy and GMP, Irkutsk State Medical University, Russia, Irkutsk**Gladkaya Anastasia Evgenevna,**6th year student of the Faculty of Medicine, Irkutsk State Medical University, Russia, Irkutsk  
e-mail: nastyonka.sovailev@gmail.com

**Zhitov Alexandr Dmitrievich,**

6th year student of the Faculty of Medicine, Irkutsk State Medical University, Russia, Irkutsk e-mail: zhitoval3x@gmail.com

---

## ABSTRACT

---

This article examines the dynamics of the incidence and detection of extrapulmonary forms of tuberculosis and evaluates the most rational approaches to diagnosing these forms at the outpatient stage. This issue is relevant, since extrapulmonary forms of tuberculosis have nonspecific clinical and laboratory manifestations that are characteristic of a wide range of diseases, and therefore require a more careful approach to differential diagnosis.

---

**Keywords:** tuberculosis, extrapulmonary forms of tuberculosis (EPT), tuberculin tests, differential diagnosis.

---

Внелёгочный туберкулёз (ВЛТ) представляет серьёзную проблему современной клинической медицины в плане распознавания, так как требует тесного взаимодействия врачей различных специальностей. ВЛТ обладает меньшей контагиозностью, чем туберкулёз органов дыхания, однако болезнь здесь часто диагностируется в запущенном состоянии, на стадии осложнений и необратимых изменений, что обуславливает высокий процент инвалидизации. Трудности диагностики ВЛТ связаны со схожестью его клиники с неспецифическими заболеваниями органов и систем внелёгочной локализации. [1, 48-55]

Диагностика ВЛТ до сих пор остается серьёзной проблемой во фтизиатрии. «Стёртая» картина заболевания в начальных стадиях туберкулезного процесса, поздняя диагностика запущенных форм, в частности туберкулёза костей, суставов и мочеполовой системы зачастую приводит к инвалидизации больных.

По данным официальной статистики происходит снижение заболеваемости внелегочными формами, однако вместе с этим происходит утяжеление регистрируемых клинических форм внелегочного туберкулеза, а основными причинами этого являются множественная лекарственная устойчивость микобактерий, запоздалая диагностика заболевания и отсутствие комплексного подхода в лечении таких больных. В случаях развития внелегочных локализаций туберкулеза (костно-суставная форма, туберкулёз глаз) существуют ограничения в получении материала для бактериологического подтверждения, а средний уровень культурального подтверждения диагноза по данным разных авторов колеблется в пределах до 23-28%.

К основным факторам, оказывающим неблагоприятное влияние на выявление и своевременное распознавание внелегочного туберкулеза, относят недостаточные знания и отсутствие настороженности в отношении туберкулеза у врачей общей лечебной сети, отсутствие специалистов необходимого профиля в противотуберкулезной службе, а также полиморфизм клинических проявлений и объективные сложности диагностики, различные для каждой локализации процесса. К социальными и медицинскими факторам, значительно задерживающим диагностику, причисляют отсутствие полиса обязательного медицинского страхования у пациента, проживание в сельской местности, возраст старше 30 лет, безработицу, тяжелую патологию костной и мочеполовой систем, наличие боли в пораженном органе, их «неспецифические» рентгенологические признаки, а также

выявление по обращению с жалобами. Все это обусловило необходимость дальнейшего изучения этой проблемы и определило цель и задачи исследования. [2, 3-5]

Цель: Выявление клинических особенностей ВЛТ на основании ретроспективного анализа данных амбулаторных карт пациентов для повышения эффективности диагностических мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Задачи: 1) Провести исследование и выявить пациентов, переболевших ВЛТ; 2) Выявить частоту впервые выявленной патологии; 3) Оценить особенности клинической картины среди пациентов; 4) Проанализировать полученные данные и представить наиболее эффективные методы ранней диагностики внелегочных форм туберкулёза.

Материал и методы: статистический (обработка материала осуществлялась с использованием программы Microsoft Excel), аналитический, анамнестический.

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 100 пациентов амбулаторного отделения ОГБУЗ «Иркутская Областная Клиническая Туберкулёзная Больница» г. Иркутска, получавших амбулаторное либо стационарное лечение подтвержденного туберкулёза внелегочной локализации в период с июня 2019 г. по июнь 2024 г.

В исследование включены 39 женщин и 61 мужчина в возрасте 25–70 лет, с наличием внелегочного туберкулёза, впервые выявленные и находящиеся на амбулаторном наблюдении в течение двух и более лет. К числу внелегочных форм туберкулёза отнесены: ЦНС и мозговые оболочки, мочеполовая система, костно-суставная система, глаз, периферических лимфоузлов.

Среди всех проанализированных больных туберкулёз ЦНС и мозговых оболочек составляет 20% от общего числа больных. Туберкулёз костно-суставной системы – 30%. Туберкулёз мочеполовой системы – 36%. Туберкулёз периферических лимфоузлов – 9%. Туберкулёз глаз – 5%. (Рисунок 1).

Диагноз туберкулёз был подтвержден на основании проведения следующих методов диагностики. 1) Клинический метод (сбор анамнеза, жалоб, объективный осмотр). 2) Индивидуальная туберкулинодиагностика (проба Манту с 2 ТЕ и диаскинтест). 3) Лучевая диагностика (флюорографическое и рентгенографическое обследование). 4) Микробиологическая диагностика (исследование биологического патологического материала методом прямой (простой) микроскопии). В качестве исследуемого материала использовались различные биологические выделения (гной, моча, мокрота и соскоб).

Рисунок 1. Заболеваемость внелегочными формами туберкулеза выявленными в амбулаторно-поликлинических условиях в период 2019-2023 гг.



#### Результаты исследования

Нами выполнен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с изучением клинического

диагноза, лабораторно-биохимических и инструментальных методов исследований, подтверждающих основной диагноз. На основании полученных данных можно сформулировать определённые особенности клинических проявлений внелегочных форм туберкулёза.

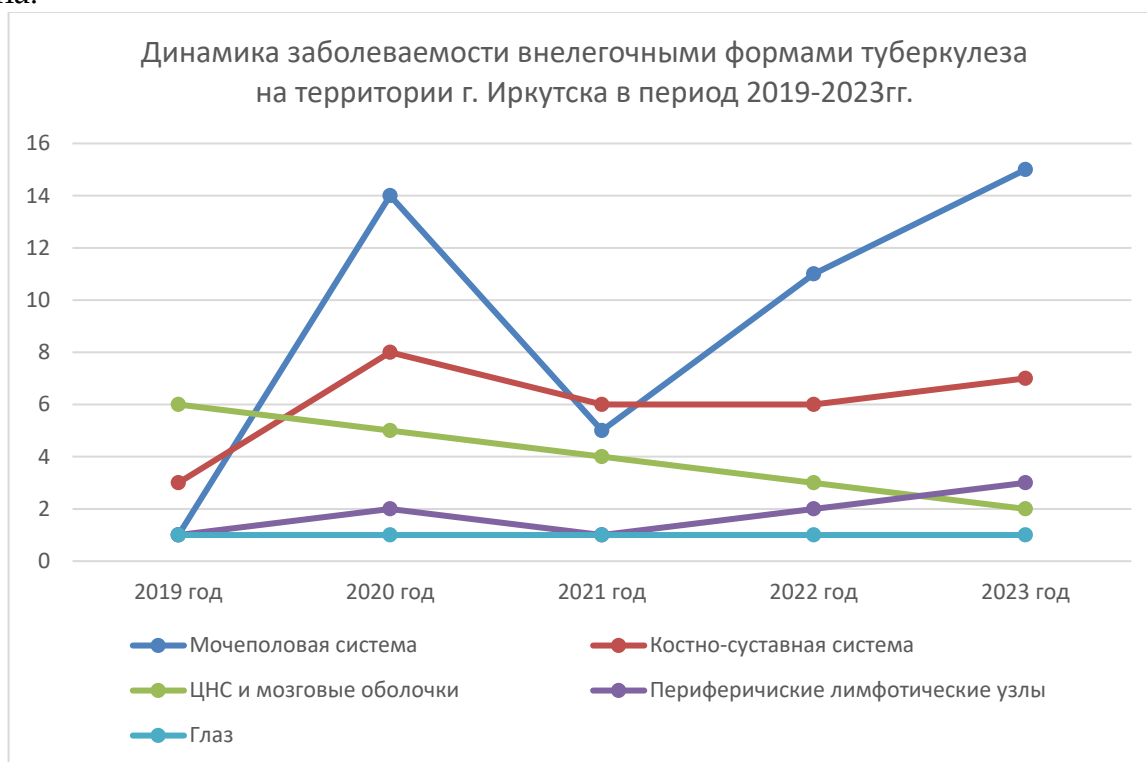
Так, например, костно-суставной туберкулёз имеет следующие клинические особенности: специфический гематогенный остеомиелит; в большинстве случаев вялое течение с прогрессированием клинической картины; неэффективность проводимой неспецифической антибактериальной терапии; преимущественное поражение синовиальной оболочки при наличии небольшого поверхностного первичного костного очага.

К клиническим особенностям туберкулёза мочеполовой системы можно отнести: бессимптомную пиурию; затяжной хронический пиелонефрит; на начальных стадиях отсутствие изменений в общем анализе мочи при выраженной клинической картине.

Туберкулёз ЦНС и мозговых оболочек характеризуется отсутствием соответствия выраженности головной боли и тяжести течения заболевания; стёртой клинической картиной по сравнению с менингитами другой этиологии (интоксикационный синдром, неврологические проявления);

Туберкулёз глаз отличается большим разнообразием клинических форм; неспецифичностью проявлений; стёртым, медленно нарастающим течением.

При туберкулёзе периферических лимфатических узлов наблюдается преимущественное поражение шейной группы лимфоузлов, а также стёртая клиническая картина.



Нами были изучены некоторые особенности клинической картины при различных формах внелегочного туберкулёза. В настоящее время существует проблема своевременного выявления этих форм туберкулёза на ранних этапах ввиду схожести клинической картины с большим количеством других заболеваний и малой настороженности населения и медицинского персонала амбулаторного звена. Исходя из

этого, необходимо составить перечень заболеваний, с которыми необходимо дифференцировать различные формы внелегочного туберкулеза.

Дифференциально-диагностический ряд туберкулеза мочеполовой системы включает мочекаменную болезнь, неспецифические инфекционно-воспалительные и онкологические заболевания органов мочеполовой системы. Сложность дифференциальной диагностики обусловлена схожестью ряда клинических и лабораторных проявлений (боль, дизурия, макрогематурия, почечная колика, гемоспермия); кроме того, возможно сочетание этих заболеваний. Так, одновременное развитие туберкулеза почки и мочекаменной болезни наблюдается с частотой до 45%. Учитывая отсутствие патогномичных симптомов и тенденцию протекать под маской других заболеваний (наиболее часто – цистит, простатит, уrolитиаз), необходимо иметь высокую настороженность в отношении мочеполового туберкулеза у пациентов, которые плохо поддаются стандартной терапии, у которых отмечаются упорная лейкоцитурия, эпизоды гематурии, упорная дизурия. Чтобы не пропустить мочеполовой туберкулез и выявить больного на ранних стадиях, до формирования осложнений, необходимо исключить из эмпирической терапии по поводу инфекций мочеполовой системы фторхинолоны и амикацин, поскольку они, ингибируя, но до конца не уничтожая микобактерию туберкулеза, затушевывают клиническую картину этой формы туберкулеза и делают невозможной как бактериологическую, так и патоморфологическую верификацию диагноза. При подозрении на туберкулез больной должен быть направлен для полного фтизиоурологического обследования в местный противотуберкулезный диспансер. Диагноз мочеполового туберкулеза достоверно исключен, если ни в одном образце ни одного вида патологического материала ни одним методом не найдена МБТ, патоморфологическое исследование биоптата не выявило признаков туберкулезного воспаления, на рентгенограммах нет признаков деструкции, объем мочевого пузыря в пределах физиологической нормы. [3, 16-17]

С учетом ведущих клинических синдромов туберкулез костей и суставов дифференцируют с деструктивными поражениями скелета, хроническими воспалительными инфекционными и аутоиммунными поражениями – артритами, остеомиелитами, опухолями костей; бруцеллезом (газ внутри диска, паравертебральные массы минимальны, отсутствие гиббусной деформации, на МРТ - структура тела позвонка и кортикальные края интактны несмотря на остеомиелит), пиогенной инфекцией (при туберкулезе хроническое течение и медленная прогрессия, отсутствие склеротических и реактивных изменений, на МРТ относительное сохранение диска, часто поражены соседние структуры, диспропорционально большие паравертебральные массы, особенно с кальцификатами, сублигаментарное распространение процесса на 3 и более позвонков); заболеваниями, протекающими с формированием деформаций опорно-двигательного аппарата, в том числе с врожденными пороками развития скелета, посттравматическими изменениями; дегенеративно-дистрофическими поражениями суставов (артрозы) и позвоночника (остеохондроз), включая остеохондропатии, ишемические некрозы костей и т. д. При дегенеративных спондилитах клиники нет, межпозвоночное пространство без выраженного сужения. Диагноз туберкулеза костей и суставов основывается на клинической диагностике, лучевой визуализации, а также морфологической и бактериологической верификации.

Ранняя диагностика туберкулеза мозговых оболочек зависит от настороженности врачей общей лечебной сети в отношении этой патологии, так как большинство больных (60%) впервые госпитализируются в инфекционные и общесоматические стационары. Проблема туберкулезного менингита – это проблема поздней диагностики и, как

следствие, несвоевременно назначенной терапии, что приводит к неблагоприятным исходам. Дифференциальный ряд туберкулёза мозговых оболочек включает в себя менингизм, который встречается при различных острых заболеваниях (пневмония, грипп, дизентерия, б-нь Боткина и т.д.); серозный менингит преимущественно вирусной этиологии (энтеровирусы, аденовирусы, эпидемический паротит, клещевой энцефалит, полиомиелит и т.д.); гнойный менингит. Все вышеперечисленные нозологии отличаются острым началом и молниеносным развитием клинической картины. Однако многие случаи туберкулезного менингита не могут быть подтверждены на основании клинических данных и результатов визуализации, поскольку клинические данные неспецифичны, а лабораторные методы в значительной степени нечувствительны или медленны. Микробиологический диагноз туберкулезного менингита требует обязательного выделения *Mycobacterium tuberculosis* из спинномозговой жидкости пациента. [4, 15-17]

Дифференциальная диагностика туберкулеза периферических лимфатических узлов в первую очередь проводится с неспецифическими лимфаденитами, занимающими 40% всех лимфаденопатий. Причинами лимфаденопатии могут быть различные факторы: инфекции (вирусные, бактериальные, микобактериальные, протозойные, грибковые, паразитарные), аутоиммунные заболевания, болезни накопления, злокачественные опухоли и метастазы опухолей, иммунодефицитные состояния и другие (медикаментозные, поствакцинальные и т.д.). При выявлении у пациента лимфаденопатии необходим тщательный расспрос пациента для уточнения жалоб, наличия возможного контакта с больным туберкулезом, наличия интоксикационного синдрома.

В ходе дифференциальной диагностики туберкулёза глаз выявлена довольно разнообразная патология органа зрения, при этом сформирована определённая группа больных. Это больные с хроническими торпидно текущими или рецидивирующими эндогенными иридоциклитами, периферическими увеитами, хориоретинитами и панувеитами неясной этиологии, в том числе с вовлечением в процесс роговицы, склеры, сетчатки, ее сосудов, зрительного нерва. Такие больные составляют «поликлиническую» группу повышенного риска в отношении туберкулеза глаз. Им проводится обследование общего состояния организма (диагностический минимум) и органа зрения. При выявлении характерных для туберкулеза глаз признаков больных необходимо в ближайшие сроки направлять в местный противотуберкулезный диспансер (ПТД), где и будут осуществляться специальные исследования на туберкулез. [5, 80-92]

#### Выводы

Учитывая всё вышесказанное можно достоверно утверждать, что внелегочной туберкулёз остаётся актуальной и в то же время трудно диагностируемой на амбулаторно-поликлиническом этапе нозологией.

Среди всех форм внелегочного туберкулёза, согласно статистическим данным, самыми часто диагностируемыми являются мочеполовая и костно-суставная. Их особенность заключается также в том, что они выявляются на поздних этапах, когда заболевание зачастую приводит к стойкому нарушению функции органа и развитию инвалидности.

Дополнительно стоит отметить, что все внелегочные формы туберкулёза отличаются стёртым, вялотекущим течением, что создаёт дополнительные трудности в диагностике на догоспитальном этапе.

Всему персоналу амбулаторно-поликлинического звена следует проявлять настороженность в отношении этих форм и обязательно включать их в дифференциальный ряд с другими заболеваниями, имеющими схожую клиническую картину.

**Список литературы:**

1. Юденко М. А., Буйневич И. В., Рузанов Д. Ю. Внелёгочный туберкулёз. Особенности диагностики. Проблемы здоровья и экологии. 2023.
2. Поркулевич Н. И. Эпидемиологические и клинические особенности, факторы риска внелегочного туберкулеза. ФГБОУ ВО ОмГМУ. 2021.
3. Российское общество фтизиатров. Туберкулез мочеполовых органов. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2016.
4. Корнетова Н.В., Нестерова А.И., Ариэль Б.М. Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы. Опыт клинической диагностики в Санкт-Петербурге на протяжении 50 лет. ФГБУ Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии. 2020.
5. Александрова Т. Е. Эффективность диагностики и лечения туберкулёза глаз. МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова. 2008

**References:**

1. Yudenko M. A., Buinevich I. V., Ruzanov D. Yu. Extrapulmonary tuberculosis. Features of diagnostics. Health and environmental problems. 2023.
2. Porkulevich. N.I. Epidemiological and clinical features, risk factors for extrapulmonary tuberculosis. FSBEI HE Omsk State Medical University. 2021.
3. Russian Society of Phthisiologists. Tuberculosis of the genitourinary organs. Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2016.
4. Kornetova N.V., Nesterova A.I., Ariel B.M. Tuberculosis of the meninges and central nervous system. Experience in clinical diagnostics in St. Petersburg for 50 years. Federal State Budgetary Institution St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology. 2020.
5. Aleksandrova T. E. Efficiency of diagnosis and treatment of ocular tuberculosis. MNTK "Eye Microsurgery" named after. acad. S.N. Fedorov. 2008