

ответа. Пациент К., 2015 г.р., ребенок от второй беременности этой же пациентки. Учитывая сохранение маркеров репликации и высокой вирусной нагрузки, а так же наличие у ребенка от первой беременности врожденного гепатита В, матери с 30 недели беременности до 3-х месяцев после родов назначен тенофовир в дозе 0,3 г. ежедневно. Ребенок вакцинирован согласно национальному календарю прививок по ускоренной схеме (0–1–2–12 мес.). На момент рождения HBsAg не выявлен, при обследовании в 6 мес., в 12 месяцев и в 18 мес. HBsAg отрицательный, ДНК HBV не определяется. Ребенок здоров, снят с учета.

#### **Выводы**

Обязательно определение серологического статуса всех беременных женщин вне зависимости от предшествующего прививочного анамнеза.

Высокая вирусная нагрузка у матери является главным фактором, увеличивающим риск вертикальной передачи HBV-инфекции.

При наличии HBsAg и маркеров репликации (HBe Ag и анти-HBc or Ig M), а также высокой вирусной нагрузки (уровень виремии выше 1 000 000–10 000 000 МЕ/мл) показана профилактика НА из категории В по классификации FDA (оптимально тенофовир в дозе 0,3 ежедневно с 30 недели беременности до 3-х месяцев после родов).

Женщинам с высокой вирусной нагрузкой необходимо решение вопроса о проведении планового кесарева сечения для снижения риска перинатального инфицирования.

Детям, рожденным от HBsAg-позитивных матерей, должна проводиться активно-пассивная иммунизация по ускоренной схеме (0–1–2–12 мес.).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Белопольская, М. А. Вертикальная передача гепатита В: опасности реальные и мнимые / М. А. Белопольская // Журнал инфектологии. — 2015. — Т. 7, № 1. — С. 18–25.
2. Ott, J. J. The risk of perinatal hepatitis B virus transmission: hepatitis B e antigen prevalence estimates for all world region / J. J. Ott, G. A. Stevens, S. T. Wiersma // BMC Infectious Diseases. — 2012. — № 12. — P. 131.
3. Данилов, Д. Е. Метод лечения хронического вирусного гепатита В / Д. Е. Данилов, И. А. Карпов // Инструкция по применению. Видаль специалист. РБ. — 2016. — С. 225–236.

**УДК 616.711-002-002.5**

### **КЛИНИЧЕСКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА**

*Демидович П. С., Дудкина Я. Ю., Шпудейко А. Д.*

**Научный руководитель: ассистент Ж. Е. Сверж**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Гомельской области в последние 3 года отмечается положительная динамика. Показатель заболеваемости снизился с 35,9 в 2017 г. до 26,5 в 2019 г. При этом в структуре заболеваемости возрастает количество внелегочного туберкулеза, особенно за счет костно-суставных форм. Показатель заболеваемости внелегочными формами туберкулеза вырос с 3,4 в 2017 г. до 3,84 соответственно. Туберкулезный спондилит (ТС) — это клинико-рентгенологическая форма туберкулеза, характерным признаком которой является первичное разрушение тел позвонков с последующей деформацией. ТС в структуре костно-суставного туберкулеза занимает первое место, составляя от 45,2 до 82,4 % [1]. Распространенные и осложненные формы ТС встречаются у 70 % взрослых. Это ведет к росту инвалидности, которая

составляет до 85 % среди инвалидности других форм внелегочного туберкулеза [2]. ТС до 90,7 % случаев осложняется неврологическими синдромами, причем в 28 % с компрессией спинного мозга, натечными абсцессами в 62,5–99 %, свищами в 4–18,8 % [3]. Кифозы, образующиеся при ТС, являются одной из причин сердечно-легочных нарушений и поздней параплегии. Отсутствие специфических клинических и лабораторных критериев, достоверно подтверждающих этиологию туберкулезного спондилита на ранних стадиях, является причиной диагностических ошибок, частота которых достигает 80 % [4, 5].

Увеличение частоты туберкулезного поражения позвоночника и трудности диагностики определяют актуальность настоящего исследования.

### ***Цель***

Выявить и оценить клинико-эпидемиологические особенности ТС и определить их влияние на своевременность диагностики.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 119 медицинских карт стационарных пациентов с изолированным ТС, проходивших стационарное лечение в туберкулезном хирургическом торакальном отделении УЗ «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» в 2017–2019 гг. Средний возраст пациентов составил  $49 \pm 13,4$  года (от 18 до 76 лет). В исследовании преобладали лица мужского пола — 73 (61,3 %) пациентов, женщин — 46 (38,6 %) человек.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

При изучении факторов риска развития ТС установлено, что 3 (2,5 %) человека в анамнезе имели переломы ребер и трубчатых костей, ВИЧ-инфекция диагностирована у 12 (10 %) пациентов. Курили — 60 (50,4 %), злоупотребляли алкоголем — 7 (5,8 %), употребляли внутривенные наркотические вещества — 3 (2,52 %) пациента. Сахарным диабетом страдали 19 (15,9 %) человек, контакт с больными туберкулезом органов дыхания был установлен у 2 (1,6 %) пациентов.

Начало заболевания ТС у 112 (94,1 %) пациентов было связано с постепенным периодическим появлением болей в позвоночнике на фоне удовлетворительного общего самочувствия. Лишь у 7 (5,8 %) пациентов имело место нетипичное для туберкулеза острое начало заболевания с выраженным болевым синдромом или с подъемом температуры до фебрильных значений. Характерно, что это были ВИЧ-инфицированные пациенты. Изучение клинических проявлений показало, что у 100 % пациентов наблюдалась боль в спине, которая наряду с локальной болезненностью паравerteбральных точек, зачастую являлась единственным признаком заболевания. Таким образом, полиморфизм клинического течения, отсутствие специфических лабораторных и клинических критериев, подтверждающих этиологию спондилита на ранних стадиях заболевания, являются причиной диагностических ошибок, частота которых на догоспитальном периоде составила 78,9 %. Жалобы пациентов преимущественно трактовались как обострение «остеохондроза позвоночника». Лишь у 8 (6,7 %) пациентов ТС был заподозрен при появлении клинической картины и проведено обследование, это были пациенты с ВИЧ-инфекцией и острым началом заболевания.

При анализе временных периодов от начала заболевания до первого рентгенологического исследования, при котором выявлена деструкция тел позвонков, сроков лечения в общей лечебной сети установлено, что пациенты с ТС поступали в специализированное учреждение в среднем через  $16,2 \pm 4,3$  мес. (от 2 мес. до 4 лет). В первые 6 мес. ТС был верифицирован только у 14 (11,76 %) пациентов у остальных 105 (88,2 %) пациентов заболевание выявлено в более поздние сроки. К этому времени у пациентов часто развивались распространенные и осложненные формы ТС. Так, у 110 (92,4 %) пациентов ТС к моменту выявления осложнился развитием паравerteбральных и эпидуральных натечных абсцессов, у 52 (43,6 %) человек развились парапезы и параплегии.

При стандартном лучевом обследовании (спондилография, компьютерная и магнитно-резонансная томография) моноsegmentарные поражения выявлены в 3 (2,5 %) случаях и в 116 (97,4 %) случаев полиsegmentарные формы. В большинстве случаев туберкулезный спондилит сопровождался поражением 2 тел позвонков, но встречались распространенные процессы с вовлечением от 2 до 5 позвонков. Наиболее часто поражались поясничный и грудной отделы позвоночника — у 56 (47,05 %) и 53 (44,5 %) пациентов соответственно. Сочетанные поражения этих двух отделов отмечались у 10 (9,1 %) человек. Также отмечены многоуровневые поражения позвоночника — в 50 (42 %) случаях. По результатам рентгенологического исследования в 100 % случаев имелись участки деструкции костной ткани позвонков. Также частым рентгенологическим проявлением являлись участки остеопороза — 56 (47,05 %) человек, остеосклероза — 47 (39,5 %) человек и наличие секвестрации — 25 (21 %) случаев.

Важно отметить, что ни у одного пациента в патологическом материале не было выявлено *M. tuberculosis*.

Осложненные формы ТС чаще развивались на фоне ВИЧ-инфекции. Отличительной особенностью этой категории пациентов была значительная протяженность деструкции позвонков и многоуровневые поражения, отмеченные у 10 (87,5 %) пациентов. Кроме того, у 11 (92,5 %) ВИЧ-инфицированных пациентов ТС осложнился развитием паравертебральных, эпидуральных или псоас-абсцессов, а в 10 (87,5 %) случаях у ВИЧ-позитивных пациентов имела место кифотическая деформация позвоночника и спинномозговые расстройства в виде выраженной корешковой и проводниковой симптоматики.

Хирургическое лечение пациентам исследуемой группы не проводилось, все получали консервативное лечение.

#### **Выводы**

1. Отсутствие специфических диагностических критериев туберкулезного спондилита, подтверждающих его этиологию на ранних стадиях, явилось причиной диагностических ошибок, частота которых составила 78,9 %. Средний срок с момента начала заболевания до подтверждения диагноза составил  $16,2 \pm 4,3$  мес.

2. Вследствие поздней диагностики у 92,4 % пациентов туберкулезный спондилит к моменту выявления осложнился развитием паравертебральных и эпидуральных натечных абсцессов, у 46,3 % пациентов развились парапезы и параплегии. К этому времени у 42 % пациентов в туберкулезный процесс было вовлечено 2 и более позвонков.

3. У ВИЧ-инфицированных пациентов туберкулезный спондилит характеризовался острым началом и значительной распространенностью патологического процесса, который у 87,5 % пациентов осложнился развитием кифотической деформации позвоночника и спинномозговыми расстройствами в виде выраженной корешковой и проводниковой симптоматики.

4. Хирургические методы лечения туберкулеза позвонков не применялись, что свидетельствует о недостаточной хирургической активности в данной группе пациентов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Туберкулез костей и суставов различной локализации / В. А. Хоменко [и др.] // Медицинский альянс. — 2019. — № 2. — С. 77–82.
2. Махмудова, З. П. Клинико-лабораторная и рентгенологическая семиотика туберкулеза позвоночника / З. П. Махмудова. — Медицинские новости. — 2016. — № 12. — С. 63–65.
3. Оценка информативности биопсий позвонков для дифференциальной диагностики туберкулезного спондилита / А. В. Алаторцев [и др.] // Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. — 2010. — № 3 (41). — С. 5.
4. Туберкулезный спондилит у взрослых (клинико-лучевые проявления) / Н. А. Советова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 10. — С. 33–37.
5. Клинические особенности диагностики туберкулезного спондилита / А. А. Вишневецкий [и др.] // Вопросы травматологии и ортопедии. — 2012. — № 4 (5). — С. 47–53.
6. Туберкулезный спондилит - комплексная клинико-лучевая диагностика / Ю. А. Цыбульская [и др.] // Медицинский альянс. — 2015. — № 1. — С. 226–227.
7. Кульчавеня, Е. В. Клинико-эпидемиологические особенности современного туберкулезного спондилита / Е. В. Кульчавеня, Е. Ю. Ковешникова, И. И. Жукова // Туберкулез и болезни легких. — 2013. — Т. 90, № 1. — С. 41–45.