

# Фтизиатрия и пульмонология

## ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

УДК 616-002.5-053.2

**А.П. Шишков, М.Н. Тунгусова, С.Н. Скорняков**

*Уральский государственный медицинский университет,  
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В данной статье рассматриваются особенности течения инфильтративного туберкулеза у детей подросткового возраста, находящихся на стационарном лечении в г. Екатеринбурге. Проанализировано 30 историй болезни детей возраста от 13 до 16 лет. Изучены данные анамнеза заболевания, анамнеза жизни, объективного осмотра, методов диагностики, лечения и исхода заболевания.

**Ключевые слова:** инфильтративный туберкулез, подростковый возраст.

## INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS OF CHILDREN TEENAGE AGE

**A.P. Shishkov, M.N. Tungusova, S.N. Skornyakov**

*Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation*

In this article, the features of the course of infiltrative tuberculosis in adolescents who are inpatient in Yekaterinburg are considered. 30 case histories of children 13-16 years old are analyzed. Studied anamnesis data, medical history, physical examination, diagnosis, treatment, and outcome of the disease.

**Keywords:** infiltrative tuberculosis, teenage age.

### Введение

Туберкулезная инфекция у лиц, вступивших в период полового созревания (12–15 лет), встречается в 2–2,5 раза чаще, чем у детей других возрастных групп, и ведущей клинической формой оказывается инфильтративный туберкулез легких [3; 5]. Также в последнее время отмечен рост инфильтративного туберкулеза у детей подросткового возраста [5]. В этом актуальность проблемы.

### Цель работы

Определить наиболее характерные диагностические, клинические и терапевтические характеристики современного инфильтративного туберкулеза у подростков, что сможет оптимизировать выявление, диагностику и профилактику названной формы туберкулеза.

### Материалы и методы

Материалами исследования послужили 30 пациентов с диагностированным инфильтративным туберкулезом легких в возрасте от 13 до 16 лет, средний возраст составил  $14,9 \pm 2,4$  года. Среди пациентов девочек было 24 (80%), мальчиков — 6 (20%). Методы, использованные для выявления и диагностики: иммунодиагностика с использованием туберкулина в стандартном разведении 2 ТЕ ППД-Л в 0,1 мл и аллерген туберкулезный рекомбинативный-диаскинтест; традиционное клиническое исследование: анамнез, перкуссия, аускультация и параклинические технологии с использованием общего анализа крови, общего анализа мочи, белкового спектра крови, определение уровня трансфераз в динамике на фоне проводимой специфической терапии.

Лучевое обследование: обзорная рентгенография органов грудной клетки и обязательная МСКТ органов грудной клетки всем пациентам с интервалами от начала лечения в 2,5–3,0 месяца. У всех пациентов бактериологически исследована мокрота на наличие или отсутствие микобактерий туберкулеза с исследованием нативных мазков и окраской их по Цилю-Нильсену, троекратные посева на питательных средах.

### Результаты и их обсуждение

Туберкулез, являясь инфекционным заболеванием, требует изучения эпидемиологической составляющей. Нами из 30 пациентов достоверный контакт с потенциальными источниками МБТ установлен у 17 (56,7%) детей, из них у 13 (76,5%) — с родителями и у 4-х (23,5%) — с родственниками. У 3-х (17,6%) детей контакты были давние: 4, 6 и 16 лет назад. У 14 (82,4%) детей контакты до момента выявления больных были год-два назад.

Вакцинация БЦЖ при рождении проведена всем (100%) пациентам, при этом поствакцинные кожные проявления прививки сохранились у 28 (93,3%) детей, у двоих (6,7%) отсутствовали. Ревакцинированы лишь 7 пациентов (23,3%).

Клинический статус всем детям при поступлении оценен как удовлетворительный. Системная воспалительная реакция или интоксикация отсутствовала почти у половины больных (14 человек — 46,6%), и жалоб они не предъявляли. У остальных пациентов были жалобы на утомляемость, подавленное настроение, при объективном исследовании бледность, периорбитальный цианоз, снижение аппетита (6 человек — 20%), слабость (6 человек — 20%), сухой кашель, верхнее покашливание отмечали 9 (30%) человек, повышение температуры тела вечерами — 7 (23,3%) детей. Потливость и похудание отметили 2 человека. Характерно, что физикальные методы диагностики (аускультация) ни в одном из случаев не позволяли не только диагностировать, но даже заподозрить туберкулез.

Полученные данные о жалобах нельзя считать абсолютно достоверными и объек-

тивными, так как лица в периоде полового созревания склонны скрывать патологические состояния, если они не сопровождаются болевым синдромом или грубыми расстройствами здоровья, резко ухудшающими качество жизни пациентов. У наших пациентов вышеуказанных состояний не было, и ни один из них самостоятельно в противотуберкулезный диспансер не обращался.

Таким образом, скудность клинической картины у данных больных снижает показатели заболеваемости по обращению, а также приводит к поздней диагностике туберкулеза. Барышникова Л.А. и соавт. также приводят малое число выявлений туберкулеза по обращаемости в связи со скрытой клиникой [3; 4].

Изменения в общих анализах крови отмечены у 12 (40%) пациентов в виде ускорения СОЭ до 23–50 мм/ч, лимфоцитозе — у 5 (41,6%) и небольшом лейкоцитозе — у 3 (25%) детей.

Указанные в России мероприятия по своевременной диагностике туберкулеза у подростков, а именно ежегодная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным и ежегодное флюорографическое исследование органов грудной клетки, дали результат. Из 30 заболевших инфильтративным туберкулезом 19 (63%) выявлены при профилактической флюорографии, 5 (15%) — при изменении туберкулиновой чувствительности и 6 (18%) — при внеплановом рентгенологическом исследовании на компьютерном томографе при указаниях на контакт или при поступлении в специализированные учебные заведения.

Таким образом, среди исследуемых больных большая часть выявлена профилактически, преимущественно методом флюорографии. Данная статистика несколько не сходится с данными литературы, поскольку большая доля детей выявляется при помощи аллергодиагностики, которая дополняется флюорографией. Но в ряде работ, например в работе Аджаблаевой, описано частое выявление больных при помощи профилактической флюорографии [1]. Следовательно, флюорографический метод, а также профилактические осмотры у детей имеют важное значение в диагностике инфильтративного туберкулеза.

Топическую диагностику туберкулеза, распространенность и фазы специфического воспаления, его динамику проводили с помощью мультиспирального компьютерного томографа. При этом было установлено: у 22 (73,3%) детей инфильтративные изменения локализовались в правом легком, у 6 (20%) — в левом и у 2 (6,7%) процесс был двухсторонним, причем в 9 (30%) наблюдениях выявлена деструкция легочной ткани — фаза распада, у двоих (6,7%) распад сопровождался обсеменением легких на стороне поражения. У подавляющего числа пациентов — 24 (80%) человека — специфический процесс ограничивался одним или двумя легочными сегментами, чаще 6 и 2 или 2 и 1.

В данном наблюдении показано относительно небольшое количество деструкции легочной ткани. Такие наблюдения существуют во многих источниках. Так, например, в работе Александровой Е.Н. и соавт. говорится о снижении деструкции и бактериовыделения в современном течении туберкулеза у детей [2].

Бактериологическое исследование мокроты у всех больных позволило выявить МБТ лишь у 4 (13,3%) детей. Были выявлены кислотоустойчивые микобактерии, с резистентностью к изониазиду и рифампицину, которые являются препаратами первой линии терапии.

Все дети получили курсы полихимиотерапии по разработанным в России протоколам в сочетании с симптоматическим и гепатотропным лечением. Эффективность лечения достаточно высока: у 27 (90%) детей к 6—7

месяцам лечения воспалительные изменения в значительной степени рассосались, и пациенты были направлены либо на амбулаторное, либо на санаторное продолжение терапии.

У 2-х детей (6,7%) сформировались в зоне распада небольшие каверны до 2 см в диаметре, и еще у двоих пациентов (6,7%) — туберкулома такого же размера, и подростки были направлены на хирургический этап лечения.

### Выводы

1. В структуре клинических форм туберкулеза у детей в препубертатном и пубертатном периодах инфильтративный туберкулез занимает 68%.

2. Наиболее часто заболевание встречается у девочек.

3. Клиническая диагностика крайне затруднена из-за слабо выраженной общей воспалительной реакции, а скудные органические проявления болезни не оставляют шансов на диагностику.

4. Ведущими позициями в выявлении и диагностике инфильтративного туберкулеза является флюорография с последующим исследованием на КТ.

5. Поводом к назначению КТ являются плановые и внеплановые туберкулиновые пробы или диаскинтесты.

6. Результаты лечения при правильно выбранных режимах химиотерапии вполне приемлемы: 90% детей выздоравливают без хирургических вмешательств.

### Литература

1. Аджаблаева, Д. Н. Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу органов дыхания среди детей и подростков в Самаркандской области: состояние проблемы и возможные пути ее разрешения / Д. Н. Аджаблаева // *Universum: медицина и фармакология*. — 2014. — № 9 (10). — 10 с.
2. Александрова, Е. Н. Клинико-эпидемиологические аспекты туберкулеза у детей и подростков / Е. Н. Александрова, Т. И. Морозова // *Туберкулез и болезни легких*. — 2011. — № 4. — С. 25.
3. Барышникова, Л. А. Туберкулез у детей и подростков в Приволжском федеральном округе / Л. А. Барышникова, В. А. Аксенова, Т. И. Морозова // *Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе: мат. межрегиональной научно-практической конф., посвящ. 25-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования (1 декабря 2015 г.)*. — Самара, 2015. — 514 с.
4. Лукашова, Е. Н. Туберкулез у подростков Кемеровской области / Е. Н. Лукашова, И. Ф. Копылова // *Мид*. — 2006. — № 2. — С. 29-31.
5. Цыганкова, Е. А. Возрастные особенности клинических проявлений детского туберкулеза / Е. А. Цыганкова, А. В. Мордык // *ОНВ*. — 2012. — № 1 (108). — С. 72-75.