

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 трансферраз 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, трехкратные посевы 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 Аждаблаевой, 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.