

CAZURI CLINICE

УДК: 616.24-002.5-053.3

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.1-69.39>**БРОНХОЛЕГОЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КАК ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ
ОСЛОЖНЕННО ПРОТЕКАЮЩЕГО ТУБЕРКУЛЕЗА
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА****Ольга КИСЕЛЕВИЧ^{1,2}**, канд. мед. наук, доцент,
Елена ВЛАСОВА², Анна АБРАМЧЕНКО¹¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова», г. Москва, Россия,²ГБУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия*e-mail: kiselevich.olga@mail.ru***Резюме**

Снижение заболеваемости туберкулезом у детей раннего возраста уменьшила настороженность врачей в распознавании осложнений в течение заболевания. Бронхолегочное поражение, по сути, является прогрессированием первичного туберкулеза и приводит к утяжелению заболевания, удлиняет и усложняет лечение. Нередко в схему лечения необходимо вводить препараты резервного ряда и проводить длительную реабилитацию.

Ключевые слова: первичный туберкулез, ранний возраста, осложнения первичного туберкулеза, препараты резервного ряда для лечения туберкулеза.

Summary. An example of tuberculosis in an infancy with bronchopulmonary lesions

A reduced incidence of tuberculosis in infants has decreased the alertness of physicians to recognize complications in the course of the disease. Bronchopulmonary lesions, in fact, are a progression of primary tuberculosis and lead to aggravation of the disease, prolonging and complicating treatment. Often it is necessary to introduce standby drugs into the treatment regimen and to perform prolonged rehabilitation.

Key-words: primary tuberculosis, early age, complications of primary tuberculosis, reserve drugs for the treatment of tuberculosis.

Rezumat. Un exemplu de tuberculoză cu leziuni bronhopulmonare la sugari

O incidență redusă a tuberculozei la sugari a scăzut vigilența medicilor de a recunoaște complicațiile în cursul bolii. Leziunile bronhopulmonare, de fapt, reprezintă o progresie a tuberculozei primare și duc la agravarea bolii, prelungind și complicând tratamentul. Adesea este necesar de a introduce medicamente de rezervă în regimul de tratament și de a efectua o reabilitare prelungită.

Cuvinte-cheie: tuberculoza primară, vârstă timpurie, complicațiile tuberculozei primare, medicamente de rezervă pentru tratamentul tuberculozei.

Туберкулез – одна из старейших и часто встречаемых инфекций человека, где особой проблемой фтизиатрии был и остается туберкулез у детей раннего возраста (от 0 до 3 лет). Эта возрастная группа характеризуется развитием первичного туберкулеза в силу анатомо-физиологических особенностей.

К этим особенностям у детей раннего возраста следует отнести неокончательную дифференцировку лимфатической системы, бронхолегочной системы, незрелость иммунной системы и, в первую очередь, развитие реакций гиперчувствительности замедленного типа, превалирование экссудативно-альтеративного компонента воспалительных реакций.

Особо следует отметить, что в этой возрастной группе отмечается склонность к частым острым респираторным инфекциям и другой сопутствующей патологии. Эти составляющие ведут к возникновению распространенного казеозного поражения внутригрудных лимфатических узлов, ранней лимфогематогенной диссеминации, быстрому прогрессированию процесса с развитием осложнений.

В течение первичного туберкулеза выделяют три основные формы туберкулеза: нелокальная – туберкулезная интоксикация у детей и подростков, первичный туберкулезный комплекс и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (рис.1).

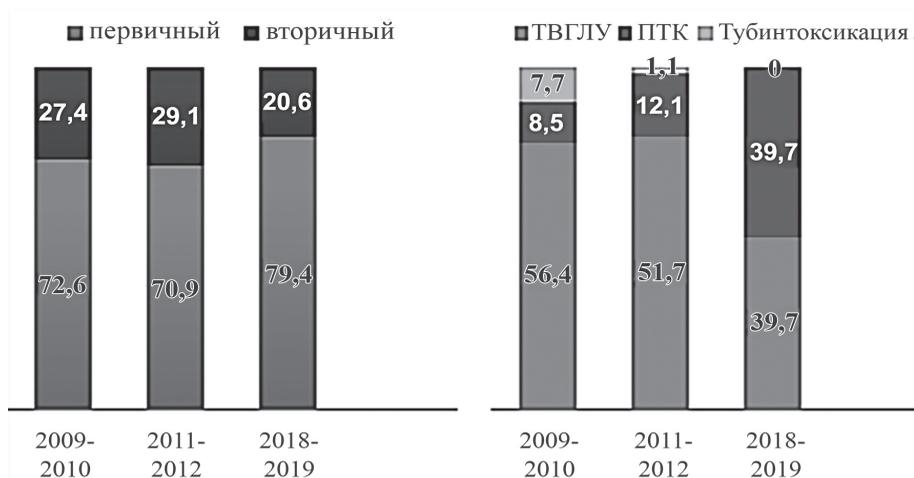


Рисунок 1. Диагностическая структура впервые выявленных больных ТОД детей г. Москве (%)

В конце XX века более чем у половины детей раннего возраста, заболевших туберкулезом – 55,4%, диагностировались осложнения, а у детей на первом году жизни этот показатель доходил до 80% (А.А. Гарвилов, О.К. Киселевич и др.). Одним из часто встречавшихся осложнений было развитие «бронхолегочного» осложнения или «бронхолегочного» поражения – 55,6% (ателектатически-инфильтративный процесс в пределах одного или нескольких сегментов, доли или всего легкого). Учитывая трудности установления точного момента заражения и появления положительных иммунологических проб, эти поражения делятся «ранние», являющиеся первыми проявлениями заболевания, и «поздними», развившимися на фоне течения болезни.

Примером «позднего» развития поражения является следующее наблюдение.

Девочка 6 месяцев, от I беременности, I родов на 37 неделе путем кесарева сечения в связи

с гемипарезом у мамы (родовая травма). Масса при рождении 3500, рост 50 см. Грудное вскармливание до 2 месяцев. Вакцинирована БЦЖ-М в 1 месяц в связи с перенесенной мамой до родов ОРВИ. Остальные прививки – по возрасту.

Заболевание выявлено при обследовании по контакту с больным туберкулезом отцом (диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, рецидив). Результаты иммунодиагностики: реакция на пробу Манту с 2ТЕ 10 мм папула с везикулами, на пробу с АТР – 14 мм с везикулами. КТ ОГК – в S3 правого легкого и в S1-2 левого легкого на фоне ограниченных участков гиперпфляции и локального лимфангита определяются лобулярные инфильтраты с дорожкой к корню, очагами отсева в перифокальную легочную паренхиму.

Был выставлен диагноз: ПТК S1-2 левого легкого и S3 правого легкого с поражением всех групп ВГЛУ, в фазе инфильтрации, МБТ (-) (рис.2).

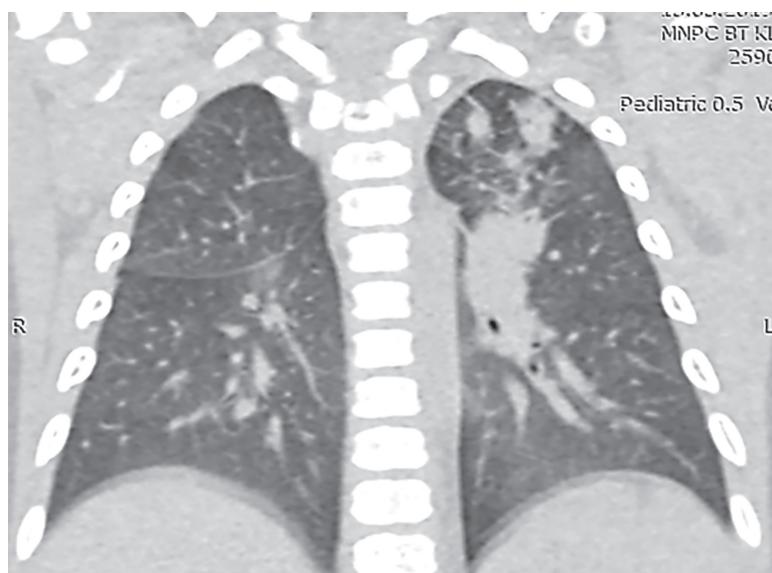


Рисунок 2. КТ ОГК при поступлении

В стационаре проведено обследование, подтвердившее поставленный диагноз. Назначено лечение по 3 режиму с 4 ПТП: HREZ интенсивная фаза 60 доз. В связи с повышением трансаминаз крови терапия отменена и возобновлена через неделю, после снижения показателей трансаминаз крови. Когда через 3 недели лечения были получены дополнительные сведения о лекарственной устойчивости отца (источника заражения): МЛУ к HRSZE и еще через 2 недели ЛУ к Eto., в схему лечения внесены изменения и в дальнейшем назначена терапия по IV режиму CsLfxKmPASpt. Еще через 2 недели на фоне проводимого лечения, мама отметила у ребёнка в течение нескольких дней эпизоды наклонов головы к левому плечу, где в одном эпизоде отмечалось до нескольких наклонов. Временно отменен циклосерин. В дополнении к лечению, учитывая выявленную устойчивость к Eto у источника заражения (отца) протионамид был отменен. ЭЭГ без особенностей. КТ головного мозга: Структурных изменений вещества головного мозга, оболочек и ликворных пространств не выявлено.

Консультация невролога: данных за органическое поражение ЦНС не выявлено. Приём циклосерина возобновлён с рекомендацией, при повторном возникновении приступов циклосерин отменять. И когда через 10 дней вновь появились наклоны головы циклосерин и левофлоксацин были отменены и добавлен амизолид. В дальнейшем лечение было продолжено в комбинации: KmPASLzd.

При контрольном обследовании КТ ОГК через 4 месяца лечения выявлена отрицательная динамика в виде развития ателектаза верхней и средней долей правого лёгкого. В структуре средостения визуализируются множественные частично кальцинированные лимфоузлы всех групп. Отмечается сдавление просвета правого ВДБ кальцинированными лимфоузлами. В S1-2 левого лёгкого в прикорневой зоне и по ходу бронхо-сосудистого пучка определяется инфильтрация (рис.3).

Таким образом, было выявлено появление в большом объеме кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах, развившихся за 4 месяца на фоне развития бронхолегочного поражения.



Рисунок 3. Динамика через 4 месяца лечения

По результатам обследования проведен консилиум, где были внесены изменения в диагноз: ПТК S1-2 левого легкого и S3 правого легкого с поражением всех групп ВГЛУ, осложнённый ателектазом верхней и средней долей правого лёгкого, фаза инфильтрации и начала кальцинации. МБТ (-). Отмечена необходимость в проведении с лечебно-диагностической целью

бронхоскопии. По результатам проведенных манипуляций достигнута положительная динамика в виде восстановления проходимости бронхов и расправления ателектаза. Кальцинаты остаются. (рис.4)

Для долечивания и продолжения курса лечения, ребенок выписан на второй этап реабилитации в удовлетворительном состоянии.

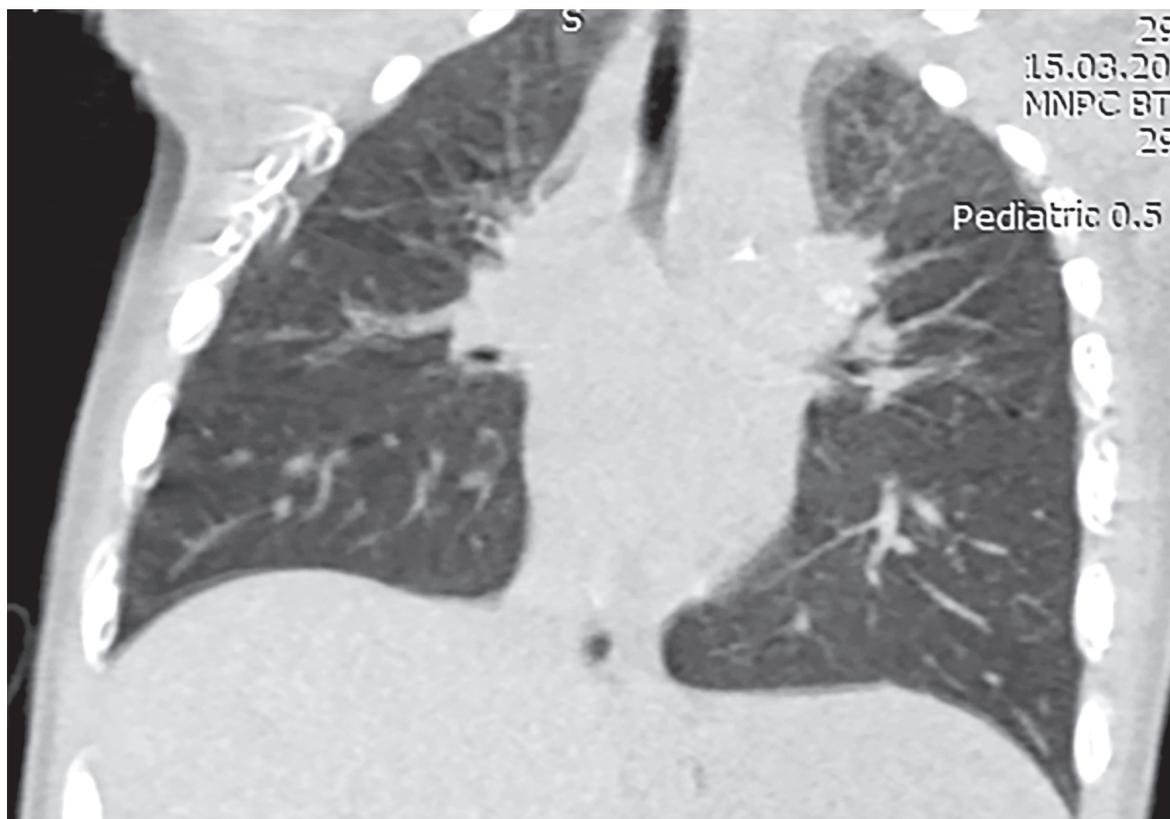


Рисунок 4. КТ ОГК после серии бронхоскопий

Этим клиническим примером мы хотели еще раз напомнить, что несмотря на значительные успехи в борьбе с туберкулезом, по-прежнему встречаются осложненно протекающие формы первичного туберкулеза. У детей раннего возраста это сопровождается не только утяжелением, в виде развития бронхолегочных поражений, но и быстрым образованием кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах на фоне проводимой терапии. Еще один момент, требующий того, что бы на него обратили внимание, это невозможность сразу назначать адекватное лечение,

нередко терапию начинают только после получения чувствительности у источника заражения. Известно, что источником заражения являются ближайшие родственники, чем младше ребенок, тем чаще заражение происходит от матерей и отцов. На первом году жизни этот показатель достигает 85%. Туберкулез у детей раннего возраста, несмотря на достижения последних десятилетий, еще редко, но встречается в виде осложненно протекающих форм и способствует быстрому развитию кальцинатов.

Литература

1. Бронхо-легочный туберкулез у детей раннего возраста / Под ред. проф. С.В. Рачинского, М.: МЕДИЦИНА, 1970., с. 125.
2. Киселевич О.К., Юсубова А.Н., Власова Е.Е., Ширшов И.В. *Бронхолегочное поражение у ребенка раннего возраста, больного туберкулезом.* Детские инфекции, 2014; 4: с. 64-66.
3. Туберкулез органов дыхания у детей. Клинические рекомендации. 2016. – <https://medi.ru>.
4. Противотуберкулезная работа в городе Москве 2019, Под ред. д.м.н. Е.М. Богородской и соавторов-ООО Агенство «Миг», 2020, с.90.
5. Поддубная Д.В., Дубакова Г.Ф., Курдаева А.Н., и др. *Локальный туберкулез у детей раннего возраста.* Туберкулез и болезни легких. 2016, № 6, с. 8-11.