

УДК 616.24-002.5-053.3

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.3-71.52>

О НЕОБХОДИМОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

^{1,2}Ольга КИСЕЛЕВИЧ, к.м.н., доцент,^{1,2}Мария КОБУЛАШВИЛИ, к.м.н.,¹Анна АБРАМЧЕНКО,²Елена ВЛАСОВА¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», г.Москва²ГБУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Резюме

Актуальность данной работы состоит в том, что и в настоящее время одной из значимых проблем в педиатрии остается туберкулез у детей раннего возраста. И сегодня, несмотря на успешную профилактическую работу на всех уровнях, доля детей раннего возраста в структуре туберкулеза у детей и подростков преобладает. Такие пациенты нуждаются в особом подходе к лечению и профилактике заболевания. Своевременная диагностика зачастую приводит к быстрому и полному излечению.

Ключевые слова: Первичный туберкулез, ранний возраст, выявление туберкулеза у детей раннего возраста, перинатальная патология.

Abstract. The need for early diagnosis of tuberculosis in infancy and toddlerhood

The topicality of this work consists in the fact that even at the present time one of the significant problems in pediatrics remains tuberculosis in infancy and toddlerhood. And today, in spite of successful preventive work at all levels, the proportion of young children in the structure of tuberculosis in children and adolescents prevails. Such patients require a special approach to treatment and prevention of the disease. Timely diagnosis often leads to a quick and complete cure.

Keywords: primary tuberculosis, childhood, detection of tuberculosis in young children, perinatal pathology, infancy, toddlerhood.

Туберкулез в раннем детском возрасте остается одной из проблем педиатрии. Этот период в развитии является одним из важнейших в совершенствовании организма ребенка, ранний возраст сопровождается адаптацией к окружающей среде, интенсивным физическим и нервно-психическим развитием, функциональным созреванием органов и систем. От того, как проходят эти физиологические процессы в раннем детстве, во многом зависит здоровье детей и их социальное благополучие в течение всей последующей жизни.

Выявление туберкулеза в этой возрастной группе представляет стройную систему организационных мероприятий, подкрепленную нормативными документами. Потоками выявления заболевания в этой возрастной группе являются обследование детей по контакту, детей при обращении за медицинской помощью с симптомами заболевания и иммунодиагностика.

Основным фактором риска туберкулеза в раннем возрасте является эпидемический - тесный контакт с больными туберкулезом в семье, чаще всего родителями в 70% - 93% случаях или другими родственниками, нередко прошедшими пе-

нитенциарные учреждения, выделяющими МБТ с МЛУ/ШЛУ. Повышается риск заболевания при множественном контакте и в «очагах смерти». Таким образом, своевременное обследование детей в очагах туберкулеза способствует своевременному выявлению заболевания у 86% детей. Однако, к сожалению, в 14% случаев имеет место обратная ситуация, когда заболевание у родителей выявляется при выполнении алгоритма обследования окружения заболевшего ребенка. В таких случаях порой имеет место поздняя диагностика туберкулеза у ребенка.

Девочка 7 месяцев от III беременности, II оперативных родов на сроке 27-28 недель. Беременность протекала на фоне артериальной гипертензии, угрозой прерывания на сроке 5 недель, идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (на сроке 22 недель). Масса при рождении 1100гр, длина 35см. Оценка по Апгар 7/7 баллов. С рождения респираторная поддержка СРАР, проведение первичных реанимационных мероприятий.

После рождения переведена в перинатальный центр, где находилась до 2 месяцев 10 дней с диагнозом: Недоношенность. Врожденная пневмония.

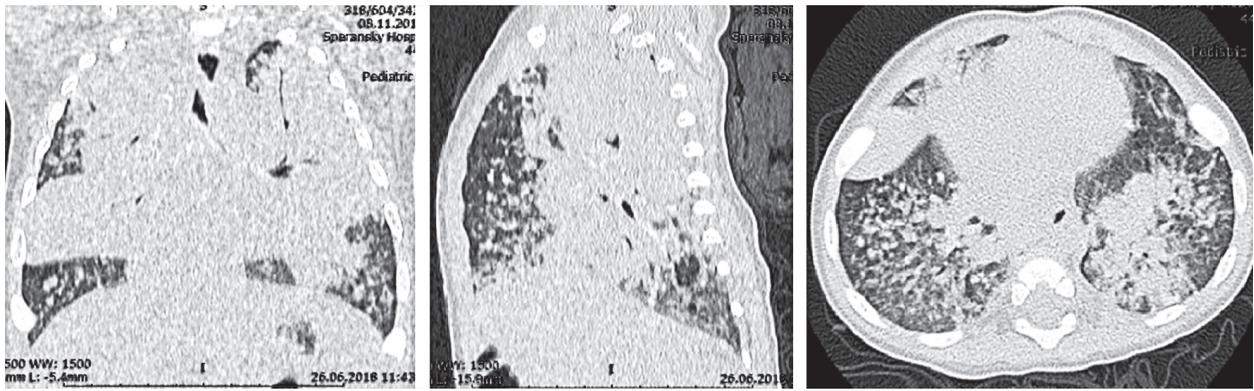


Рисунок 1. КТ ОГК на момент поступления.

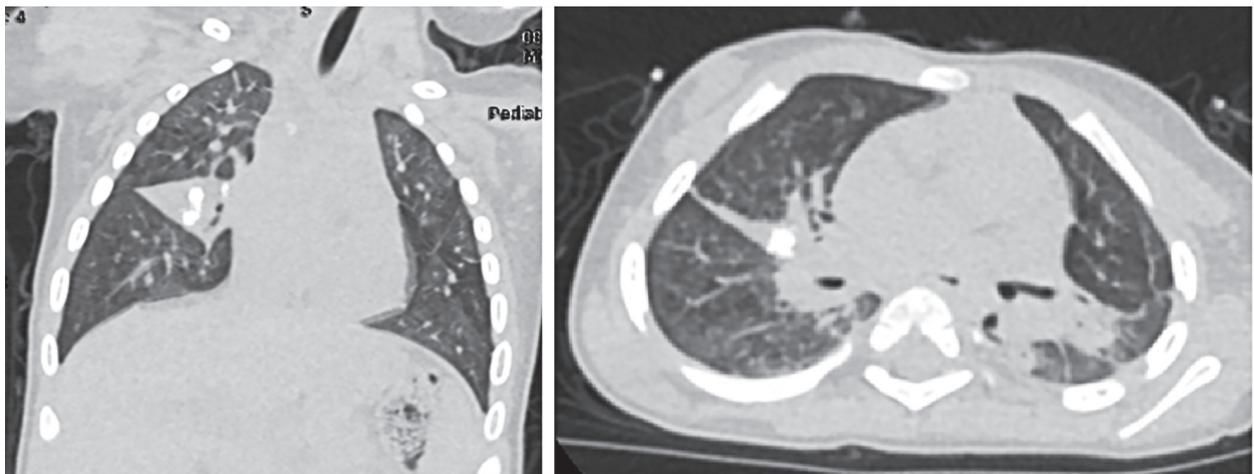


Рисунок 2. КТ ОГК через 3 месяца лечения.

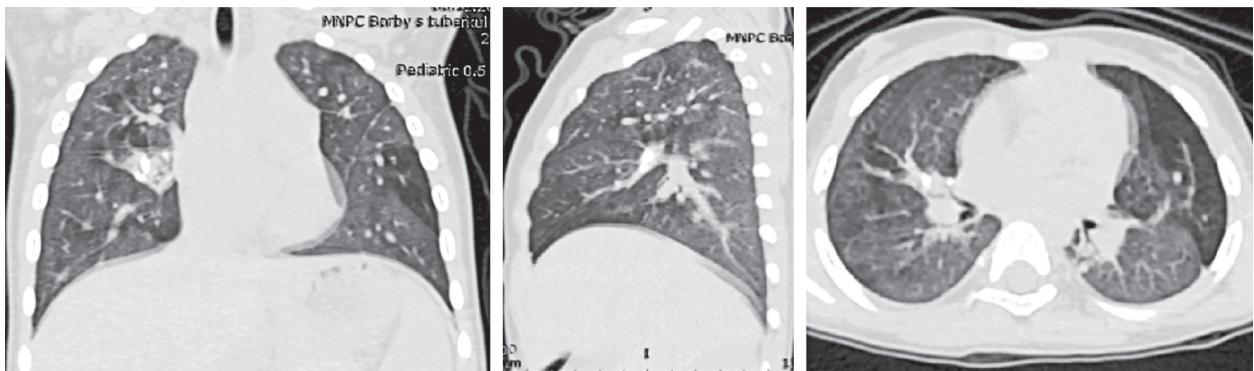


Рисунок 3. Через 13 месяцев лечения.

Церебральная гипоксия. Неонатальная желтуха. Анемия недоношенных. Ретинопатия недоношенных 2-3-степени. Состояние после лазерокоагуляции сетчатки глаза. Гемангиома кожи спины. С рождения на искусственном вскармливании. Профилактические прививки не проводились.

Фтизиатрический анамнез: БЦЖ-М не вакцинирована. Результаты иммунодиагностики на фоне заболевания в противотуберкулезном учреждении - реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД –Л – 7 мм с петехиями, реакция на пробу с АТР – отрицательный, исследование крови на T SPOT-TB - положительный результат.

Характеристика семейного очага:

Отец, 46 лет, Инfiltrативный туберкулёз правого лёгкого в фазе распада и обсеменения, МБТ(+), чувствительность сохранена ко всем препаратам. Туберкулёз у отца выявлен при обследовании окружения заболевшего ребенка. Длительное время имел признаки легочного заболевания, однако к врачу не обращался, не обследован на туберкулёз более 2 лет; госпитализирован с приёма фтизиатра.

Мать - здорова. Старшая сестра, 21 год - Очаговый туберкулёз, выявлен при обследовании окружения ребенка. Бабушка - здорова.

Мама считает ребенка больным с 4 мес, когда появился приступообразный кашель с эпизодами рвоты на фоне нормальной температуры тела. Наблюдалась педиатром, аллергологом, пульмонологом. Амбулаторное лечение симптоматическими средствами, включая бронхолитики и ингаляционные гормоны, без эффекта. В возрасте 7 мес. в связи с усилением кашля впервые выполнена рентгенография ОГК, с диагнозом: Двухсторонняя острая полисегментарная пневмония. Бронхообструктивный синдром. ДН I-II. Правосторонний шейный лимфаденит в тяжелом состоянии была экстренно госпитализирована в стационар нетуберкулезного профиля. Получала антибактериальное лечение, ингаляции будесонидом, ипротропиум бромидом, симптоматическую терапию с некоторой клинической положительной динамикой в виде облегчения кашля.

При компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) в легких с 2-х сторон – мелкоочаговая диссеминация S1,2,4,5,6 правого легкого и S1-2,6,9,10 левого легкого, массивные участки консолидации с плотными включениями; увеличение лимфатических узлов паратрахеальной группы справа, нижней бронхопульмональной группы слева с периферическим ободком накопления контрастного вещества и жидким казеозом; частичное уплотнение внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) всех групп с двух сторон с максимальным диаметром до 20 мм.

После консультации фтизиатра проведено микробиологическое исследование мокроты: обнаружена ДНК МБТ complex методом ПЦР с сохранением чувствительности к рифампицину, а также кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) методом люминесцентной микроскопии.

В дальнейшем госпитализирована в специализированный противотуберкулезный стационар с диагнозом: Туберкулез множественных локализаций. Милиарный туберкулез лёгких. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов всех групп с двух сторон, фаза инфильтрации, осложнённый бронхолегочным поражением S2, S6 и средней доли правого лёгкого, S1-2, S6, S10 левого лёгкого. Туберкулез периферических лимфатических узлов шейной и подчелюстной групп справа, фаза инфильтрации. МБТ(+). IA ГДУ. Сопутствующий диагноз: Ретинопатия IIст. Состояние после лазерной коагуляции. Пупочная грыжа. Задержка физического и речевого развития. Энцефалопатия смешанного генеза. Медулярный нефрокальциноз.

При поступлении состояние тяжёлое за счёт выраженных симптомов дыхательной недоста-

точности, интоксикации. Беспокойна. Отмечается регулярный невыраженный кашель, шумное дыхание. Аппетит снижен, высасывает по 60-90мл, воду пьёт.

Кожные покровы чистые, бледные, выраженный периорбитальный, периоральный цианоз. На коже спины справа гемангиома в диаметре до 2,0 см. Большой родничок размерами 1,5x1,5см, не выбухает. Подкожно-жировой слой развит слабо, истончен, распределен равномерно. Тургор мягких тканей снижен.

В шейной и подчелюстной областях справа опухолевидное образование. Периферические лимфатические узлы пальпируются в V группах до II-III размера, безболезненные; подчелюстной узел справа до IV размера с признаками периаденита, лимфоузлы в шейной группе справа множественные, плотные, подвижные. Пальпация лимфатических узлов безболезненна. Одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание жесткое, выдох затруднен, выслушиваются редкие крепитирующие хрипы. ЧДД во время сна до 52 в мин, во время бодрствования до 96 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные; ЧСС до 176 в мин. Живот при пальпации мягкий, участвует в акте дыхания, пупочная грыжа. Печень до 2 см, безболезненная Менингеальные симптомы отрицательные. Вес 6,4 кг.

При клиническом исследовании крови отмечались умеренные изменения в виде ускорения СОЭ 20 мм/час, снижения Нв до 84 г/л.

Клиническое и б/х исследование спинномозговой жидкости - без патологических изменений.

Исключены токсоплазмоз, Эпштейн-Барр вирус, цитомегаловирус, вирус герпеса 1 и 2 типа путем исследования крови, мочи, ликвора методом ПЦР.

УЗИ органов брюшной полости, почек, периферических лимфатических узлов выявило кальцинаты селезенки до 2 мм, явления нефропатии в виде симптома гиперэхогенных пирамид, увеличение шейных лимфатических справа 21x10мм с признаками абсцедирования.

Получала химиотерапию в рамках 1 режима химиотерапии с учетом генерализованного поражения, возраста, развития нежелательных реакций на прием Пиразинамида.

Результаты лечения: значительное уменьшение симптомов интоксикации к 3 мес. химиотерапии, вес +5 кг к 12 мес. лечения, излечение периферического лимфаденита к 6 мес. терапии, выраженная положительная рентгенологическая динамика к 3 мес. терапии в виде уменьшения,

частичного рассасывания и уплотнения инфильтративных изменений с двух сторон, уменьшения размеров кальцинатов в структуре ВГЛУ с двух сторон.

В возрасте 1 год 8 мес., через 13 мес. от начала лечения дальнейшая положительная динамика в виде уменьшения распространенности участков консолидации в легких, в прикорневых отделах S2, средней доли правого легкого и S1-2, 6 левого легкого сохраняются участки перибронхиальной консолидации бронхи этого уровня сегментарные и субсегментарные деформированы, стенки утолщены. В структуре ВГЛУ правой бронхопульмональной группы визуализируются крупные кальцинаты.

Целью демонстрации стала необходимость показать крайне неблагоприятное сочетание нескольких факторов риска у ребенка раннего возраста – отсутствие вакцинации БЦЖ, отягощенный преморбидный фон (медицинский фактор риска), которые при наличии важнейшего эпидемиологического фактора риска (тесный продолжитель-

ный семейный контакт с больным туберкулезом) привел к развитию генерализованного туберкулеза. Отсутствие своевременной информации о неблагоприятном эпидокружении ребенка привело к отсутствию настороженности в отношении туберкулеза и, как следствие, к позднему распознаванию туберкулеза.

Библиография

1. Туберкулез органов дыхания у детей. Клинические рекомендации. 2016
2. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков/под ред. Эргешова А.Э. и др.-М.:ЦНИИТ,2019
3. Поддубная Л.В., Шилова Е.П., Игошина И.Ю. Эпидемиологические аспекты туберкулеза у детей и подростков 0-17 лет в период улучшения общей ситуации по туберкулезу. *Туберкулез и болезни легких*. 2021;99(9):31-37.
4. Губкина М.Ф., Петракова И.Ю., Юхименко Н.В., Стерликова С.С., Хохлова Ю.Ю. Дифференцированные подходы к химиотерапии туберкулеза органов дыхания у детей из очагов туберкулеза с устойчивостью к изониазиду. *Туберкулез и болезни легких*. 2021;99(8):33-39.