

CAZURI CLINICE

УДК: [616.6+616-002]-053.32

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2023.3-77.48>

ИЗОЛИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Ольга КИСЕЛЕВИЧ^{1,2}, кан. мед. наук, доцент,Ольга МАСЛОВА²,Анна ЮСУБОВА^{1,2} кан. мед. наук, доцент,Анна АБРАМЧЕНКО¹¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», г.Москва²ГБУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»*e-mail: kiselevich.olga@mail.ru***Резюме.**

На современном этапе развития фтизиатрии, особое внимание необходимо уделять выявлению внелегочных форм. Если на фоне генерализованного процесса заподозрить внелегочную локализацию проще, то изолированное поражение единого органа доставляет врачам большие трудности и представляет мультидисциплинарную проблему. Особое внимание необходимо уделять изменениям в моче, что может сопровождаться поражением МБТ почек.

Ключевые слова: туберкулез, дети, поражение почек, туберкулез почек, иммунодиагностика, посев мочи.

Summary. Isolated renal tuberculosis in children.

At the present stage of development of tuberculosis as a science, special attention should be paid to detection of extrapulmonary forms. While it is easier to suspect extrapulmonary localization against the background of generalized process, isolated lesions of one organ cause great difficulties for doctors and represent a multidisciplinary problem. Particular attention should be paid to changes in urine, which may be accompanied by MBT kidney involvement.

Keywords: Tuberculosis, children, renal lesions, renal tuberculosis, immunodiagnosis, urine culture.

Rezumat. Tuberculoza renala izolata la copii.

În stadiul actual de dezvoltare a fiziologiei, o atenție deosebită trebuie acordată identificării formelor extrapulmonare. Dacă, pe fondul unui proces generalizat, este mai ușor de bănuț localizarea extrapulmonară, atunci o leziune izolată a unui singur organ provoacă mari dificultăți medicilor și reprezintă o problemă multidisciplinară. O atenție deosebită trebuie acordată modificărilor urinei, care pot fi însoțite de afectarea cu МБТ a rinichilor.

Cuvinte cheie: tuberculoză, copii, afectare renală, tuberculoză renală, imunodiagnostic, urocultură.

Проблемы выявления и лечение внелегочного туберкулеза были и остаются актуальными несмотря на общее снижение заболеваемости туберкулезом.

При этом заболеваемость туберкулезом внелегочных локализаций изменилась статистически мало (0,88 в 2020, 0,92 в 2021 г. и 0,88 в 2022г.; $p > 0,05$). Структура заболеваемости ТВЛ не отличается статистически значимо от таковой в 2020 г. ($p = 0,2$) и 2021 г. ($p = 0,9$). Отличия от 2019 г. статистически значимы ($p = 0,0002$) [1].

Особое внимание в педиатрической практике уделяется поражению почек. При этом, насто-

роительство в плане туберкулеза у этих специалистов достаточно низкая.

Туберкулез почек у детей встречается достаточно редко, обычно при генерализованных формах [2]. Согласно общераспространенному мнению попадание МБТ в почки происходит в период первичного туберкулеза при гематогенном распространении. При этом основной процесс, локализующийся во внутригрудных лимфатических узлах или в легочной ткани, может находиться как в активной фазе (фаза инфильтрации), так и выглядеть при рентгено-томографическом исследовании как потерявший активность кальцинирующую

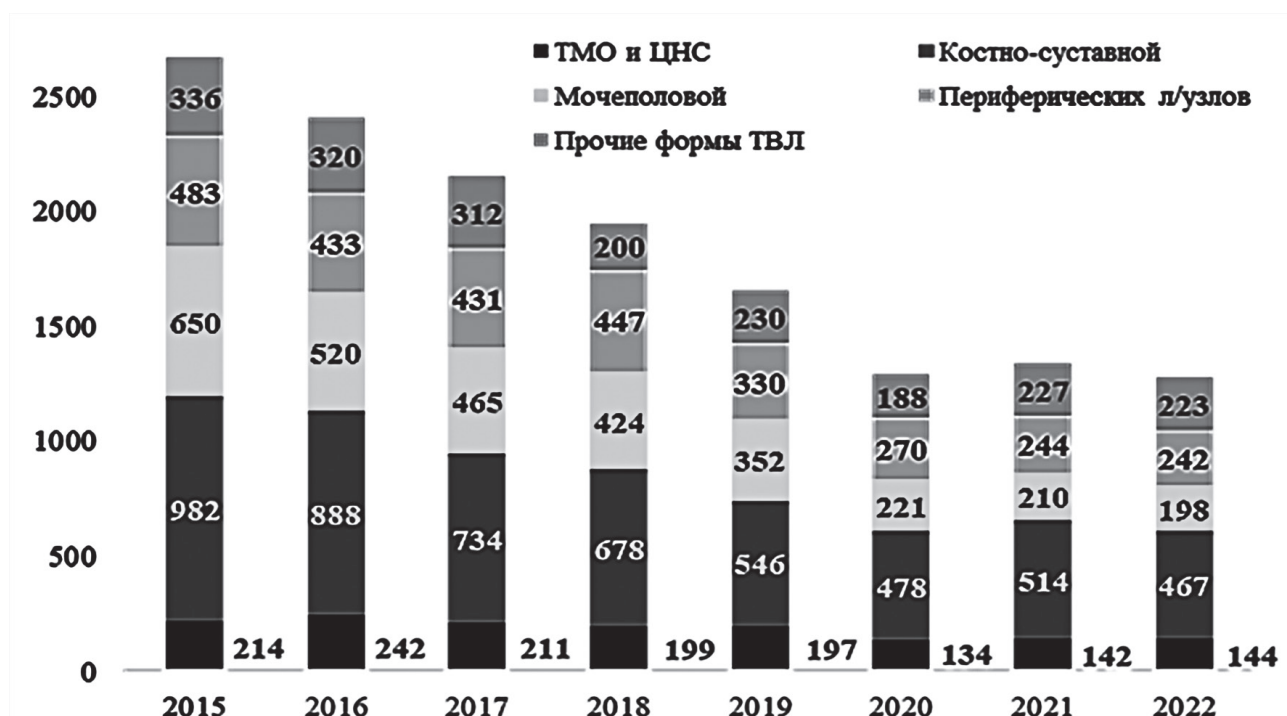


Рисунок 1. Показатели впервые выявленного туберкулёза внелёгочных локализаций (ТВЛ), в Российской Федерации в абсолютных значениях показывают динамику к снижению.

щийся процесс. Нельзя забывать, что возможно проникновение МБТ в почки и в период вторичного туберкулеза.

Возможен вариант развития туберкулеза как единственной и изолированной локализацией специфического туберкулезного процесса.

Микобактерии туберкулеза (МБТ) проникают с током крови в ткань почек и задерживаются там, формируя потенциально опасный очаг туберкулезной инфекции [3]. Как и в других органах и системах, МБТ персистирует и в почках, плохо доступный для бактериостатического влияния при проведении профилактической химиотерапии. Как показывают клинические наблюдения, для санации подобных «дремлющих» очагов, названных так А.И.Абрикосовым, необходимо проведение химиотерапии.

Факторами, способствующими фиксации МБТ в почечной паренхиме, являются в определенной степени, анатомо-физиологические особенности строения мочевой системы детей.

В детском возрасте по сравнению с взрослыми более обильная система кровоснабжения паренхимы почек, дополнительные анастомозы, замедленный кровоток, повышенная проницаемость сосудов, отличное строение нефрона, препятствующее нормальной скорости фильтрации и оттоку мочи из почки это, обуславливает задержку в почечной ткани любой инфекции в том числе туберкулезной.

Дефицит коркового вещества, не до конца сформированные структуры мембран и отсутствие адекватной нейрогуморальной регуляции функции почек предрасполагает к развитию воспаления, особенно протекающего с гиперэргическим аллергическим компонентом.

В соответствии с принятой клинической классификацией туберкулеза почек различают:

1. Туберкулез паренхимы почек (паренхиматозный туберкулез) – инфильтративная (недеструктивная) форма.
2. Туберкулезный папиллит (туберкулез почечного сосочка) – ограниченно-деструктивная форма.
3. Кавернозный туберкулез почек (моно- и поликавернозный).
4. Туберкулезный (казеозный) пионефроз.
5. Посттуберкулезные изменения: пиелонефрит, гидронефроз, гидрокаликоз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, микроцистис.

Согласно статистике, паренхиматозная форма туберкулеза почек встречается, в основном, у детей первых 3-5 лет жизни, а у детей младшего школьного возраста и подростков в 70-80% случаев диагностируется уже деструктивный процесс в почках.

На лечении в детском отделении находился ребенок 4 лет и 1 месяца с диагнозом: Туберкулез почечной паренхимы. МБТ (+) в моче методом посева.

Пациент из удовлетворительных социально-бытовых условий. Родился с хорошими ростовесовыми показателями. Впервые заболел

в возрасте 1 мес. – д-з: острый пиелонефрит. В дальнейшем до 3 лет рос и развивался без особенностей, далее до 7-8 раз/год ОРВИ.

Физиатрической анамнез: контакт с больным туберкулезом не установлен, при этом семья и ближайшее окружение обследованы. В мать отказалась от вакцинации БЦЖ родильном доме, но вакцинация проведена в пол-ке в 2 мес., рубец 4 мм. Регулярная иммунодиагностика – постановка пробы Манту с 2 ТЕ РPD-Л выявила «вираж» (на фоне низкой чувствительности, появилось нарастание показателей).

Ребенок был направлен для обследования в специализированное учреждение. При проведении компьютерной томографии органов грудной клетки патологии не выявлено. Постановка пробы с АТР положительная. В проведенном посеве мочи обнаружены МБТ от 20 до 100 колоний: с устойчивостью к S, H, R.

При поступлении в специализированный стационар, состояние расценено как среднетяжелое за счет умеренно выраженных симптомов интоксикации и субфебрильной температуры тела. Кожные покровы бледные, периорбитальный цианоз. В области голеностопного сустава левой ноги кольцевидная гранулема, которая сохраняется в течении последнего года.

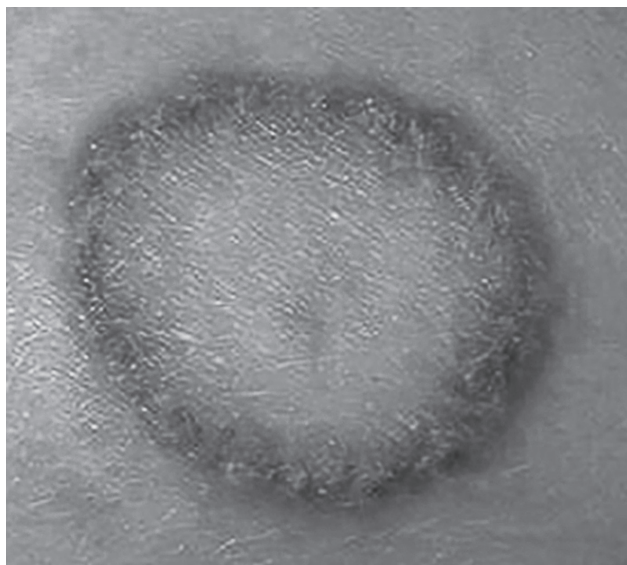


Рисунок 2. «Кольцевидевя» гранулема ребенка 4 лет 1 мес. в области голеностопного сустава левой ноги.

Подкожно-жировая клетчатка слабо развита. Периферические лимфатические узлы пальпируются в VI группах до II-III размера, безболезненные, мягкоэластической консистенции, не спаянные с окружающей тканью.

Поясничная область – не изменена. Симптом поколачивания – отрицательный с обеих сторон. Область почек при пальпации – безболезненна.

При лабораторном обследовании выявлено снижение гемоглобина в крови. В общем анализе мочи, анализе мочи по Нечипоренко – патология не выявлена. Проконсультирован неврологом - ночной энурез 1 раз в неделю. На УЗИ почек – без эхо-признаков структурных изменений на момент осмотра нет. Экскреторная урография - Деструктивных изменений чашечно-лоханочной системы не выявлено, обращает внимание гипотония мочевыводящих путей.

Был выставлен клинический диагноз: Туберкулез почечной паренхимы. МБТ (+) в моче методом посева, с устойчивостью к S, H, R. Назначено лечение соответственно чувствительности МБТ. На фоне лечения симптомы интоксикации уменьшились через 4 мес. от начала противотуберкулезного лечения, появился аппетит, прибавил в весе 1300 г. (14 кг при поступлении – 15,300 при выписке). На фоне постановки туберкулиновых проб отмечается возобновление элементов кольцевидной гранулемы по внутренней поверхности левого голеностопного сустава.

Через 122 дней от начала лечения ребенок выписан для продолжения лечения в условиях специализированного урологического отделения туберкулезного санатория.

Целью данной демонстрации явилась необходимость напомнить врачам – педиатрам о необходимости более серьезного отношения к иммунодиагностике и при отсутствии изменений при проведении компьютерной томографии органов грудной, проводить полное дообследование для выявления очага туберкулезного поражения. Необходимо помнить, что наиболее достоверным и единственно этиологически верным методом диагностики специфического поражения почек у детей и подростков остается обнаружение МБТ в моче. Все остальные методы обследования говорят о стадии процесса, нежели о его этиологии [4].

Литература

1. Сведения о заболевании активным туберкулезом Форма № 8. (Приказ Росстата от 28.01.2009 №2(ред. От20.01.2017) «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения».
2. Григорьева О.П., Савенкова Н.Д., Лозовская М.Э. Особенности течения заболеваний почек у детей, инфицированных микобактериями туберкулеза. Педиатр. 2013, т.IV, №2.
3. Григорьева О.П., Савенкова Н.Д., Лозовская М.Э. Патология почек у детей с туберкулезной инфекцией (обзор литературы). Нефрология. 2013, том17, №6.
4. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: руководство для врачей /под ред. А.Э. Эргешова, Е.С. Овсянкиной, М.Ф. Губкиной. М.:ООО «Миря и Ко», 2019. 524 с. ISBN 978-5-9907563-3-5.