

Туберкулез у детей, проживающих в Хорезмской области

Джуманиязова Зулхумар Фархадовна

к.м.н. доцент, Заведующая кафедрой «Пропедевтики внутренних болезней» Ургенчский филиала Ташкентской медицинской академии. Республика Узбекистан

АскарOVA Роза Исмаиловна

старший преподаватель кафедры «Инфекционных болезней и фтизиатрии» Ургенчский филиала Ташкентской медицинской академии. Республика Узбекистан

Никто не может с достоверностью точно сказать, когда на нашей планете появился туберкулез. Известно только, что он стал одним из самых древних бедствий человечества. Сотни лет туберкулез оставался неизлечимым, и даже сегодня он нередко держит больных в состоянии страха и напряжения. Сегодня туберкулез является глобальной проблемой во всем мире. От туберкулеза умирает ежегодно миллионы людей. Если в настоящее время литературные герои нередко умирают от инфаркта миокарда, то персонажи Ф. М. Достоевского, И. С. Тургенева, Н. А. Некрасова, В. Г. Короленко, Ч. Диккенса, А. Дюма-сына, Д. Кьюсак погибали от туберкулеза. Длительное время считалось, что туберкулез развивается у людей, опечаленных личными невзгодами. Это нашло свое отражение в операх. Героини «Травиаты» Д. Верди и «Богемы» Д. Пуччини — Виолетта и Мими страдают от неразделенной любви и заболевают туберкулезом. На современном этапе туберкулез остается серьезной медицинской и социальной проблемой в мире. В республике Узбекистан несмотря на комплекс проводимых широкомасштабных противотуберкулезных мероприятий эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается напряженной.

Анализ эпидемиологических показателей по туберкулезу за последние годы показал, что отмечается значительный рост заболеваемости и смертности. Среди впервые выявленных больных значительно вырос удельный вес деструктивных форм туберкулеза.

Вышеуказанные отрицательные эпидемиологические сдвиги диктуют необходимость более тщательно ознакомления врачей общего профиля с факторами развития туберкулеза у детей в условиях Узбекистана, своевременная диагностика. Туберкулез — медико-социальная проблема, затрагивающая все слои общества и возрастные группы. Заболевание особенно опасно для детей первых трех лет жизни. Дети раннего возраста

являются возрастной группой риска по заболеванию туберкулезом, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями организма. Узкий просвет бронхов, мягкие хрящи, большое количество бокаловидных клеток, выделяющих слизь, и повышенная вязкость бронхиального секрета способствуют нарушению бронхиальной проходимости. Недостаточная выработка альвеоцитами сурфактанта, дефицит антитрипсина и ферментов клеточных лизосом приводят к снижению защиты от микроорганизма. Несовершенство иммунологических механизмов проявляется снижением мобилизации полинуклеаров в ответ на воспалительные стимулы в 2-3 раза (по сравнению со взрослыми), снижением функциональной активности альвеолярных и интерстициальных макрофагов. Установлено, что у детей раннего возраста клетки в лимфатической системе продуцируют в 10 раз меньше интерферона и интерлейкина-2, что приводит к снижению иммунологической защиты организма.

Цель исследования: изучить клинко-рентгенологические проявления локального туберкулеза у детей раннего возраста, выявить факторы риска, способствующие развитию заболевания и отягощающие его течение.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 82 историй болезни детей в возрасте до 3 лет, находившихся на лечении в Хорезмском областном противотуберкулезном диспансере в 2014-2017 гг. В исследование включены дети с установленным диагнозом туберкулеза, у 5 из них процесс сочетался с сахарным диабетом. Мальчики и девочки встречались одинаково часто (51,2 и 48,8% соответственно). Больные в возрасте до 1 года составили 20,7%, дети от 1 года до 2 лет — 48,8%, 2-3 года — 30,5%. Изучены данные эпидемиологического анамнеза, сведения о вакцинации БЦЖ, данные клинко-рентгенологического (МСКТ), лабора-

торного обследования, результаты иммунодиагностических проб Манту с 2 ТЕ ППД-Л и пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР). Статистическую обработку материала проводили с использованием программы Microsoft Office Excel 2010.

Результаты исследования: В структуре клинических форм у наблюдавшихся детей преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) – 56 (68,3%), у 3/4 из них процесс характеризовался множественным поражением ВГЛУ (все группы средостения и корней легких). Первичный туберкулезный комплекс (ПТК) – у 16 (19,5%) больных, с локализацией в верхней доле правого легкого – у 64%. Казеозная пневмония – у одного ребенка. Диссеминированный туберкулез легких зарегистрирован у 7 (8,4%) больных. Туберкулезный менингит – у 2 (2,6%) пациентов. Изучена локализация специфического поражения наблюдавшихся детей, и отмечено, что у всех пациентов (100%) имело место поражение ВГЛУ, у 53 (64,6%) больных процесс локализовался в легких (первичный аффект, очаговые тени лимфогематогенной диссеминации, бронхогенного обсеменения), у 6 (7,3%) пациентов – еще и внелегочная локализация. У 42 (51,2%) детей течение первичных локальных форм оценивалось как осложненное, в том числе были больные туберкулезом ВГЛУ ($n = 36$) и с ПТК ($n = 6$). Компрессионное сдавление бронхов с гиповентиляцией или ателектазом имело место у 11 больных, бронхолегочные поражения – у 16, развитие плеврита – у одного. Казеозная пневмония диагностирована у одного больного, лимфогематогенное прогрессирование – у 13, в том числе с развитием диссеминированного туберкулеза легких, туберкулеза ЦНС, с поражением периферических лимфатических узлов ($n = 2$), бедренного сустава ($n = 1$). Генерализованный туберкулез установлен у 3 пациентов, все с сахарным диабетом. Бактериовыделение обнаружено у 17,1% ($n = 14$) детей, из них с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя – у 50,0%. У всех этих больных было осложненное течение туберкулеза. У 90,2% больных наблюдались симптомы интоксикации разной степени выраженности, у 22% – бронхолегочный синдром (кашель, одышка, физикальные изменения в легких), у 14,6% – только кашель. Сочетание симптомов интоксикации и бронхолегочного синдрома отмечено в 30,5% случаев, все эти дети проживали в условиях семейного контакта, к врачу родители не обращались, лечили детей самостоятельно. Локальный туберкулез у 58 (70,7%) наблюдавшихся детей был выявлен преимущественно при проведении профилактических мероприятий: при обследовании по контакту – у 49 (59,7%), по туберкулинодиагностике – у 9 (10,9%). При обращении за медицинской помощью специфический процесс установлен у 24 (29,3%) больных после неэффективного курса лечения по поводу заболеваний органов дыхания (пневмонии, обструктивного бронхита).

В диагностике туберкулеза у детей имеют большое значение иммунологические тесты: туберкулинодиагностика и проба с АТР [2, 3, 9]. У 69 пациентов первичное инфицирование микобактериями туберкулеза (МБТ) подтверждено положительным результатом пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Чувствительность к туберкулину

у 82 детей по пробе Мантус 2 ТЕ ППД-Л и результаты пробы с АТР у 78 больных. Отрицательные результаты на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л регистрировали у 13 пациентов ($15,8 \pm 4,0\%$) и на пробу с диаскинтестом – у 16 детей ($20,6 \pm 4,5\%$), $p \geq 0,05$. Гиперергическая чувствительность к туберкулину – у 21 ($25,6 \pm 4,8\%$) и к АТР – у 40 ($51,2 \pm 5,6\%$), $p \geq 0,05$. Сопоставляя результаты проводимых иммунодиагностических тестов, можно отметить, что у каждого третьего ($n = 25$) ребенка с положительной нормергической пробой Манту регистрировались гиперергические реакции на пробу с диаскинтестом. Гиперергические результаты обеих проб отмечены у каждого пятого. У каждого десятого ($n = 8$) – обе пробы были отрицательными, из них у 6 – диагностирован туберкулез ВГЛУ всех групп, осложненный бронхолегочным поражением, у 2 – диссеминированный туберкулез с генерализацией процесса, у 5 из них – туберкулез сочетался с сахарным диабетом. Все дети из семейного контакта, из них 5 выявлены по контакту, 3 – по жалобам. Анамнез позволили установить: контакт с больным туберкулезом у 68 (83%) детей, в основном (69,5%) – семейный, в 17,6% случаев дети проживали в семьях, где туберкулезом болели 2-4 человека, в 9% – регистрировались случаи смерти от туберкулеза. Дети проживали в очагах туберкулезной инфекции, которые характеризовались напряженной эпидемической ситуацией, на что указывали следующие факты: бактериовыделение – у 61 (89,7%), из них у 19 (31%) определялась лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам (HS – 1; HRS – 7; HRSK – 2; HRESK – 5; HRSKCapOf – 4); в основном 15 – множественная лекарственная устойчивость, у 4 – широкая лекарственная устойчивость. Наиболее частой клинической формой туберкулеза легких у источника инфекции (родителей) была инфильтративная в фазе распада ($n = 28$), диссеминированный туберкулез легких ($n = 14$), казеозная пневмония – 1, фиброзно-кавернозный туберкулез – 3, почти у всех процесс был выявлен впервые. У 5 больных родителей – источников туберкулезной инфекции – была ВИЧ-инфекция. Расширенный контакт с соседями установлен у 11 (13,5%) пациентов.

Заключение

Основной причиной заболевания туберкулезом детей раннего возраста является инфицирование МБТ в условиях тесного семейного контакта с больными туберкулезом родителями и/или родственниками. Туберкулез характеризуется множественным поражением ВГЛУ, склонностью к осложненному течению. Предикторами прогрессирующего течения являются отсутствие прививки БЦЖ, суперинфекция МБТ (проживание детей в очагах с напряженной эпидемической ситуацией). Туберкулез у каждого десятого ребенка протекает на фоне вторичного заболевания, МБТ+ 90% совместно с сахарным диабетом. Несвоевременное выявление ТБ у взрослых; ТБ у детей при первичном обследовании очага 63%. Контакт с больным ТБ 83%, Семейный тесный 69,5%, на что указывают отрицательные реакции на пробу Манту и пробу с диаскинтестом, что создает трудности в диагностике заболевания. Гиперергические результаты встречаются в 2 раза чаще на АТР, чем на туберкулин.