



Суханова Л.А., Сиренко И.А., Марченко О.Ю., Твердохлеб Т.А., Поляков В.В., Левченко Е.А., Калиновская В.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Сочетание абдоминального и внутригрудного туберкулеза у ребенка раннего возраста

For cite: Zdorov'ye Rebenka. 2017;12:304-6. DOI: 10.22141/2224-0551.12.2.1.2017.101000

Резюме. Представлены данные клинического наблюдения ребенка раннего возраста, больного генерализованным туберкулезом с поражением легких, внутригрудных и мезентериальных лимфатических узлов. Наиболее существенными факторами риска в заболевании оказались тесный семейный контакт с больным туберкулезом, выраженная туберкулиновая чувствительность, сниженная эффективность вакцинации БЦЖ.

Ключевые слова: дети; туберкулез; легкие; внутригрудные лимфоузлы; мезентериальные лимфоузлы

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Украине остается напряженной. Заболеваемость туберкулезом детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2014 году составила 7,4 на 100 000 детского населения, а в 2015 году — 8,6, то есть имеет место тенденция к увеличению [1].

На протяжении длительного периода развития детской противотуберкулезной службы проблема внегочного туберкулеза остается высокоактуальной. Это связано со многими причинами, прежде всего с особенностями патогенеза раннего периода первичной туберкулезной инфекции: склонностью к лимфогематогенной диссеминации, гиперергической чувствительностью организма и готовностью тканей к восприятию возбудителя, а также незрелостью клеточного иммунитета [2–4].

Абдоминальный туберкулез относится к внегочным формам туберкулеза. По данным литературы, туберкулез органов брюшной полости (абдоминальный) составляет 2–3 % случаев среди других локализаций внегочного туберкулеза и занимает особое место, являясь одним из наиболее сложных разделов фтизиатрии. Чаще (у 70 % больных) поражаются мезентериальные лимфатические узлы. Изолированное поражение одного органа встречается редко, чаще в специфический процесс вовлекается одновременно несколько

анатомических образований. Туберкулезный мезаденит развивается путем лимфогематогенной диссеминации из лимфоузлов грудной клетки в брюшную полость [5].

Клиническая картина абдоминального туберкулеза полиморфна, патогномоничные симптомы и четкие диагностические критерии отсутствуют, поэтому, как правило, он протекает под маской других заболеваний органов брюшной полости, что приводит к несвоевременной постановке диагноза, сложностям лечения и прогноза [6, 7].

В литературе имеются сведения о генерализованных процессах туберкулеза как среди взрослых, так и среди детей, особенно раннего возраста [7].

Приводим пример одного собственного клинического наблюдения ребенка раннего возраста с генерализованным туберкулезом.

Ребенок Д., 1 год 8 месяцев, житель Харьковской области, из неблагополучных социальных условий, находился на лечении в туберкулезном отделении Областной детской инфекционной клинической больницы г. Харькова.

Анамнез жизни: ребенок от 4-й беременности, 4-х срочных родов (без особенностей), оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Масса при рождении 3200 г, рост 50 см. Ранний неонатальный период протекал без особенностей.

Фтизиатрический анамнез: привит вакциной БЦЖ в роддоме. Поствакцинальный рубчик отсутствует. С раннего возраста находился в тесном семейном контакте с отцом, больным инфильтративным туберкулезом легких с бактериовыделением. Ребенок по поводу туберкулезного контакта на диспансерном учете у детского фтизиатра не состоял, профилактическое лечение не проводилось.

Начало заболевания у ребенка зарегистрировано в возрасте 6 месяцев, когда отмечался подъем температуры до субфебрильных цифр. В возрасте 1 года 6 месяцев в связи с сохраняющимся длительным субфебрилитетом обследован в стационаре ОДКБ № 1 г. Харькова. На момент обследования состояние ребенка средней тяжести. Тяжесть состояния обусловлена симптомами интоксикации в виде снижения массы тела (9,8 кг), повышенной потливости, бледности кожных покровов, снижения тургора тканей, микрополиадении (периферические лимфатические узлы пальпировались в 6 группах,

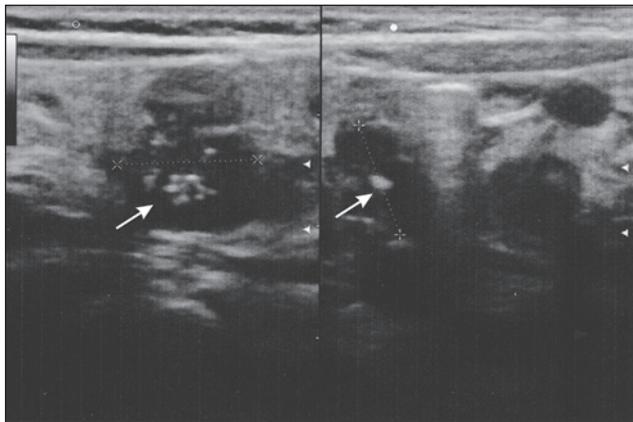


Рисунок 1. Ультразвуковое исследование мезентериальных лимфатических узлов

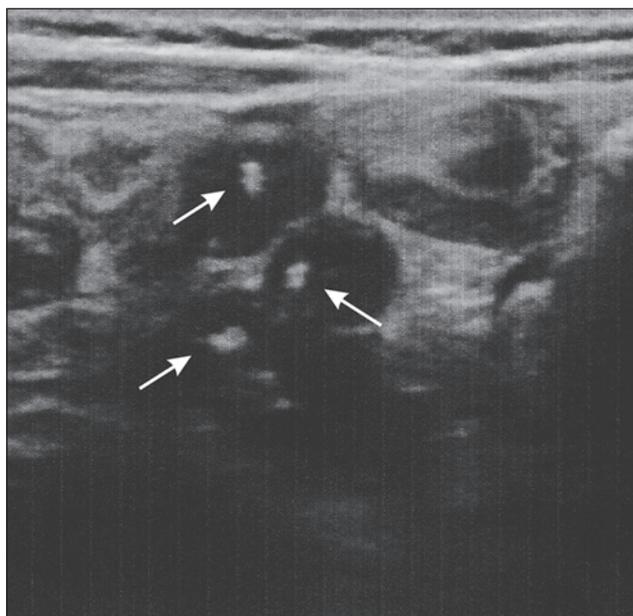


Рисунок 2. Ультразвуковое исследование мезентериальных лимфатических узлов

множественные, размером до 1 см, безболезненные, плотноэластической консистенции, подвижные). В легких при перкуссии ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, пульс 96 ударов в 1 минуту. Живот не увеличен в объеме, пальпация живота безболезненная, печень выступала из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпировалась. Нервно-психическое развитие соответствовало возрасту.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки (ОГК) патологические изменения в легких, внутригрудных лимфатических узлах и плевре не были выявлены.

Учитывая тесный семейный контакт с больным туберкулезом проведена проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л.

Туберкулинодиагностика выявила выраженную туберкулиновую чувствительность (реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 12 мм).

Наличие выраженной туберкулиновой реакции при отсутствии изменений на обзорной рентгенограмме ОГК позволило осуществить компьютерную томографию (КТ) ОГК, проведенную в спиральном режиме шагом спирали 2–5 мм. В области S6 левого легкого визуализировался участок инфильтрации легочной ткани до 2,7 × 2,3 см с множественными глыбчатыми обызвествлениями. Определялись увеличенные до 1,2 см прикорневые лимфоузлы слева с глыбчатыми обызвествлениями.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости выявило увеличение печени, ее край выступал из-под реберной дуги на 30 мм. Селезенка не увеличена. Лимфоузлы брыжейки увеличены от 10 до 12 мм, содержали множественные кальцинаты (рис. 1, 2).

Проведенный диаскинтест (АТР) подтвердил активность туберкулезных изменений (папула 12 мм).

С диагностической целью выполнено трахеобронхоскопическое исследование, взят материал (промывные воды бронхов). При бактериологическом исследовании промывных вод бронхов методом скопии и культурально были выделены микобактерии туберкулеза (МБТ), чувствительные к противотуберкулезным препаратам.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 97 г/л, эритроциты — $3,3 \times 10^{12}$ /л, ц. п. — 0,89, лейкоциты — $9,4 \times 10^9$ /л, п/я — 1 %, с/я — 53 %, эозинофилы — 0 %, лимфоциты — 43 %, моноциты — 3 %, скорость оседания эритроцитов — 16 мм/ч.

Клинический анализ мочи: относительная плотность — 1015, белок и глюкоза отсутствуют, лейкоциты — 4–6 в п/з.

Биохимические показатели крови: общий белок — 72 г/л, аланинаминотрансфераза — 26 ед/л, аспартатаминотрансфераза — 49 ед/л, билирубин общий — 11,4 мкмоль/л, билирубин свободный — 7,8 мкмоль/л, билирубин связанный — 3,6 мкмоль/л.

На основании полученных данных был установлен клинический диагноз «впервые диагностированный туберкулез нижней доли левого легкого (первичный туберкулезный комплекс), деструкция

(фаза інфільтрації, частинного обзвествлення) МБТ + М – К + резист., гист. 0 мезентеріальних лімфатических вузлів (фаза частинного обзвествлення). Категорія 1».

Лечение проводилось в туберкульозному відділенні Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні г. Харківка з використанням протитуберкульозних препаратів (ізоніазид 10 мг/кг *per os*, рифампіцин 10 мг/кг *per os*, піразинамід 25 мг/кг *per os*, етамбутол 15 мг/кг *per os*) з курсами патогенетическої терапії. На фоні проводимої терапії через 2 тижні відзначалося поліпшення апетиту, через 1 місяць дитина набрала в масі 1,5 кг, через 3 місяці нормалізувалася температура.

При КТ ОГК через 7 місяців з початку лікування відзначалося позитивна динаміка в формі розсмоктування інфільтрації в S6 лівого легкого, проявлення пневмофіброза легочної тканини з наявністю одиничних малих кальцинатів діаметром до 3 мм. Прикорневі лімфоузли зменшилися до 10 мм з обзвествленням.

Реакція на пробу Манту з 2 ТЕ ППД-Л зберегалася в формі папули 12 мм і діаскінтест — папула 12 мм.

Лечение було завершено через 11 місяців. Ребенок переведен в групу лікованого туберкульозу з великими залишковими змінами в внутрішньогрудних і мезентеріальних лімфатических вузлах.

Описан випадок пізньої діагностики генералізованого туберкульозу з ураженням органів грудної клітки з бактеріовиділенням і брюшної порожнини у дитину раннього віку з вогнища туберкульозної інфекції.

Причинами пізньої діагностики стали відсутність преемственности між загальною лікувальною мережею і фтизіатрическої службою, погана робота в вогнищах туберкульозної інфекції.

Факторами ризику в розвитку туберкульозу у дитину стали тісний сімейний контакт з хворим на туберкульоз, ранній період первинної туберкульозної інфекції, зменшена ефективність

вакцинації БЦЖ, відсутність хіміопрофілактики в вогнищах туберкульозної інфекції.

Діти з вогнищ туберкульозної інфекції повинні обстежуватися клінічески, рентгенологічески, лабораторно, з проведенням проби Манту з 2 ТЕ ППД-Л. При позитивній реакції на пробу Манту з 2 ТЕ ППД-Л і при відсутності змін на оглядовій рентгенограмі ОГК дитині необхідно проводити КТ ОГК. При наявності туберкульозу ОГК цілесобразно проведення УЗІ органів брюшної порожнини. Для уточнення активності туберкульозних змін рекомендується проведення діаскінтеста.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

References

1. Tuberkul'oz v Ukraїni: Analitichno-statystychnyj dovidnyk [Tuberculosis in Ukraine: Analytical and statistical reference]. Kyiv: Al'jans; 2015. 235 p. (In Ukrainian).
2. Aksenova VA. Vnelegochnyj tuberkulez u detej v Rossii. In: Nauchnye trudy Vserossijskoj nauch.-prak. konf. Aktual'nye voprosy vyjavlenija, diagnostiki i lechenija vnelegochnogo tuberkuleza [Extrapulmonary tuberculosis in children in Russia. In Proceedings of Russian Scientific and Practical Conference: Current approaches to detection, diagnosis and treatment of extrapulmonary tuberculosis]. Saint Petersburg; 2006. (In Russian).
3. Batyrov FA, Kiselevich OK, Shirshov IV. Generalized tuberculosis infections in infants. Tuberkulez i bolezni legkih. 2009;1:45-51. (In Russian).
4. Bogdanova VE, Batyrov FA, Kiselevich OK, Jusubova AN. Rare tuberculosis localization in generalized form in infant. Problemy tuberkuleza i boleznej legkih. 2009;6:48-50. (In Russian).
5. Vasileva AV, editor. Vnelegochnyj tuberkulez: Rukovodstvo dlja vrachej [Extrapulmonary tuberculosis: guidelines for physicians]. Saint Petersburg; 2000. (In Russian).
6. Chabotareva AA, Chabotareva TV, Oblogina LI. Methods for detection and clinical characteristics of extrapulmonary tuberculosis in children of risk group. Tuberkulez i bolezni legkih. 2008;4:11-7. (In Russian).
7. Kobeleva GV. Two cases of generalized tuberculosis. Tuberkulez i bolezni legkih. 2012;1:59-61.

Получено 22.03.2017 ■

Суханова Л.А., Сіренко І.О., Марченко О.Ю., Твердохліб Т.О., Поляков В.В., Левченко К.А., Калиновська В.В.
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Поєднання абдомінального і внутрішньогрудного туберкульозу у дитини раннього віку

Резюме. Наведено дані клінічного спостереження дитини раннього віку, хворої на генералізований туберкульоз з ураженням легень, внутрішньогрудних і мезентеріальних лімфатических вузлів. Найбільш суттєвими факторами ризику у захворюванні на туберкульоз є тісний

сімейний контакт із хворим на туберкульоз, виражена туберкулінова чутливість, зменшена ефективність вакцинації БЦЖ.

Ключові слова: діти; туберкульоз; внутрішньогрудні лімфоузли; мезентеріальні лімфоузли

L.A. Sukhanova, I.A. Sirenko, O.Yu. Marchenko, T.A. Tverdokhleba, V.V. Poliakov, E.A. Levchenko, V.V. Kalynovskaia
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

The combination of abdominal and intrathoracic tuberculosis in a young child

Abstract. The paper presents clinical observation data of a young child, a patient with generalized tuberculosis with lung lesions, intrathoracic and mesenteric lymph nodes. Close family contact to the tuberculosis patient, the expressed tuberculin

sensitivity, the reduced efficiency of BCG vaccination were the most essential risk factors in the disease.

Keywords: children; tuberculosis; lungs; intrathoracic lymph nodes; mesenteric lymph nodes