

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Лубягина О.В.¹, Белобородова Н.Г.¹, Тюлькова Т.Е.², Ульянова Т.Ю.¹,
Виданова Т.Н.¹

1-ГБУЗ ТО Областной противотуберкулезный диспансер, г.Тюмень

2-ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава РФ, г.Тюмень

SOME CHARACTERISTICS OF TUBERCULOSIS OF RESPIRATORY ORGANS AT CHILDREN OF THE TYUMEN REGION

Lubyagina O.V.¹, Beloborodova N.G.¹, Tyulkova T.E.², Ulyanova T.Yu.¹,
Vidanova T.N.¹

1-SBIH TR "A Regional antitubercular clinic", Tyumen

2-SBEU HPE Tyumen SMU Ministry of Health of the Russian Federation,
Tyumen

Резюме. При улучшении общей эпидситуации по туберкулезу в России, детская заболеваемость остается высокой. Нами изучены некоторые характеристики туберкулезной инфекции в 1-ой (n=73) и 2-ой группах (n=21) в зависимости от установленного контакта. Нами установлено, что пациенты 1-ой группы были достоверно младше, чем во 2-ой группе (p=0,016). Поэтому у большей половины (54%) пациентов 1-ой группы регистрировался вираж туберкулиновых проб, а во 2-ой группе – монотонная туберкулиновая чувствительность (50%). Среди клинических форм в 1-ой группе преобладали первичные формы, а во 2-ой группе – деструктивные и/или распространенные процессы. Бактериовыделение отмечалось в единичных случаях в обеих группах. Из-за особенностей контакта в 1 группе лечение по II\ IV режимам назначалось эмпирически. Т.о., наличие установленного контакта и возраст пациента определяли методы выявления, клинических формы, режимы химиотерапии, исходы наблюдения.

Ключевые слова: туберкулез, дети, подростки, контакт, больной туберкулезом

SOME CHARACTERISTICS OF TUBERCULOSIS OF RESPIRATORY ORGANS AT CHILDREN OF THE TYUMEN REGION

Summary At improvement of the general epidemiological situation on tuberculosis in Russia, children's incidence remains high. We studied some characteristics of a tuberculosis infection in 1 (n=73) and the 2nd groups (n=21) depending on the come contact. By us it is established that patients of the 1st group were authentically younger, than in the 2nd group ($r=0,016$). Therefore at a bigger half (54%) of patients of the 1st group the bend the tuberkulin of tests, and in the 2nd group – monotonous tuberkulin sensitivity (50%) was registered. Among clinical forms in the 1st group primary forms, and in the 2nd group – destructive and/or widespread processes prevailed. It was marked out MBT with expectoration in isolated cases in both groups. Because of features of contact in 1 group treatment on II\IV to the modes was appointed empirically. T.o., existence of the come contact and age of the patient defined methods of identification, clinical forms, the chemotherapy modes, supervision outcome.

Key word: TB, children, teenager, contact, patient with TB

XXI век ознаменовался снижением общей заболеваемости туберкулезом (ТВ). Отмечается незначительная тенденция к снижению показателя заболеваемости у детей и подростков [1-2]. Следует заметить, что «детский» туберкулез является отражением общей ситуации [3]. Дополнительно возникают проблемы из-за возрастных особенностей, которые не могут не отразиться на исходах инфицирования микобактериями (МБТ) детского организма. Известно, что на исход встречи микроорганизма (МБТ) и макроорганизма (человека) оба оказывают влияние [4,5]. Но кто возьмет верх в этой борьбе зависит от силы того или иного участника событий. Учитывая, что ребенок находится в социуме и вынужден постоянно «общаться» со взрослыми, которые могут быть источником инфекции, то для детского туберкулеза будут значимы и лекарственная устойчивость возбудителя и

сопутствующая патология иммунной системы, т.ч. ВИЧ-инфекция. В связи с этим, мы поставили перед собой цель охарактеризовать некоторые особенности развития туберкулезной инфекции у детей в Тюменской области.

Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни всех пациентов в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, находившихся в отделении для лечения туберкулеза органов дыхания у детей ГБУЗ ТО ОПТД в 2013 – 2014 г.г. Диагноз туберкулеза выставлялся на основании общепринятого комплекса клинико-лабораторного обследования в соответствии со стандартами, эпидемиологического обследования (уточнение контакта с больным ТВ и его теста лекарственной чувствительности (ТЛЧ)), лучевого, иммунологического и бактериологического методов исследования [6]. Группы сформированы по наличию установленного контакта (1-ая группа, n=73) и с неустановленным контактом (2-ая группа, n=21). Из исследования исключены дети с нетуберкулезными заболеваниями и повторные случаи госпитализации. Статистические показатели обработаны при помощи пакета прикладных программ «StatSoft STATISTICA _v6», Microsoft 2007. Использованы 2 типа значений: дискретные (типа да\нет) и интервальные. Для интервальных значений рассчитывался показатель среднего значения \pm сигма (отражающая дисперсию выборки). Достоверность дискретных значений оценивали при помощи χ^2 , а интервальные по 95% доверительному интервалу (95% ДИ).

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании у 77,6% изучаемых пациентов обеих групп туберкулез выявлен при установленном контакте с больным ТВ. Средний возраст во 2-ой группе достоверно превышал таковой в 1-ой группе ($9,3 \pm 4,8$ против $12,05 \pm 5,3$ лет 95% ДИ $-5,41; -0,58$, $p=0,016$), что свидетельствовало, вероятно, об эндогенной реактивации МБТ в периоде иммунной перестройки [4,5]. Это подтверждалось выявлением ТВ у пациентов в пубертатном периоде в 76,1% случаев во 2-ой и 29,7% случаев в 1-ой группах ($p=0,038$). Известно, что подростковый возраст

характеризовался неформальными отношениями с людьми старше своих сверстников. Среди наших пациентов подросток 16 лет имел друга в возрасте 32 лет, в последствии умершего от ТВ. По данным табл.1 видно, что у большей половины пациентов 1-ой группы регистрировался выраженный туберкулиновый проб, тогда как во 2-ой группе – монотонная реакция на туберкулин. Отмечаемая нами тенденция без достоверных различий ($p > 0,05$) позволила предположить у них развитие туберкулезной инфекции исподволь, без значимой реакции со стороны иммунной системы [1,3,5]. Это предположение подтверждало обнаружение у 16 из 21 (76,2%) во 2-ой группе деструктивных и/или распространенных форм туберкулеза. Тогда как в 1-ой группе это было в единичных случаях ($p = 0,001$). Учитывая, что у пациентов 2-ой группы развитие ТВ отмечалось на фоне монотонных туберкулиновых проб, объясним факт выявления инфекции у большинства больных (15 из 21) при их обращении с жалобами и, реже (6 из 21) – при флюорографических профосмотрах (для военкомата или при достижении ≥ 15 летнего возраста и т.д.). Мы заметили, что в 1ой группе у всех пациентов туберкулез выявлялся только при профосмотрах «по контакту» ($p = 0,014$).

Особенности реактивности иммунной системы обуславливали развитие особых клинических форм туберкулеза, характерных не только для раннего периода туберкулезной инфекции, но и возрастных особенностей пациентов. Анализируя таблицу 2, обращало внимание наличие достоверных отличий клинических форм туберкулеза у пациентов исследуемых групп. В 1-ой группе преобладали пациенты с первичными формами ТВ (первичный туберкулезный комплекс, туберкулез внутригрудных лимфоузлов), тогда как во 2-ой группе – вторичные формы (очаговый, инфильтративный ТВ, туберкуломы). Такое различие между клиническими проявлениями туберкулезной инфекции обуславливалось не только и не столько фактом установленного контакта с больным туберкулезом, но и возрастным аспектом. По данным ряда авторов первичные формы туберкулеза

характерны для младшей возрастной группы, тогда как вторичные – для подростков [3-5].

Учитывая различия по клиническим формам, исход туберкулезной инфекции различался в изучаемых группах. В 1 группе преобладало развитие кальцинатов, тогда как во 2-ой группе у равного количества пациентов мы отмечали стадии рассасывания, уплотнения и рубцевания, том числе хирургическим путем (9,5%). Бактериовыделение достоверно чаще отмечалось во 2-ой группе (7 из 21 против 6 из 73 человек). Следовало отметить, что лекарственная устойчивость среди тех, кто выделял МБТ отмечалась в обеих изучаемых группах в единичных случаях (по 2 в каждой группе). Это не исключало наличие лекарственноустойчивых форм возбудителя, т.ч. с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), у пациентов без установленного бактериовыделения. Особенно это касалось случаев из контакта с больным МЛУ ТВ. В детской практике, особенно при первичных формах туберкулеза, обнаружение МБТ не возможно из-за его лимфотропности, транзиторной микобактериемии, в целом, по механизму развития туберкулезной инфекции [3]. В связи с этим, детям при наличии установленного контакта с бактериовыделителем с ЛЧ-ЛУ, I-IV режимы химиотерапии (ХТ) назначались эмпирически [7]. Анализируя данные таблицы 3, нами установлено, что I\III режимы назначались у большинства пациентов в обеих группах. Интересен факт, что II\IV режимы ХТ назначались детям эмпирически [7]. При этом всегда отмечался положительный эффект от лечения в виде рассасывания специфических изменений во внутригрудных лимфоузлах и\или легких. Если пациенты 1-ой группы в большинстве случаев после интенсивной фазы продолжали лечение в детском противотуберкулезном санатории, то во 2-ой группе – лишь в единичных случаях, что также обусловлено наличием установленного контакта и особенностями подросткового возраста, а также желанием родителей, что бы дети учились в престижных учебных заведениях с большой нагрузкой для поступления в последующем в хорошие ВУЗы.

Выводы:

1. Среди детей и подростков, больных туберкулезом преобладали лица из контакта с больным туберкулезом (77%);
2. Средний возраст детей из контакта в больным туберкулезом достоверно ниже, чем у детей без контакта ($9,3 \pm 4,8$ против $12,05 \pm 5,3$ лет 95% ДИ $-5,41; -0,58$, $p=0,016$);
3. В 1-ой группе преобладали первичные формы туберкулеза ($p=0,008$), тогда как во 2-ой группе – вторичные формы ($p=0,013$);
4. Бактериовыделение в обеих группах отмечалось в единичных случаях ($p>0,05$);
5. Лечение по II и IV режимам ХТ осуществлялось только в 1-ой группе назначалось у большинства пациентов эмпирически (по контакту).

Т.о., наличие установленного контакта и возраст пациента определяли методы выявления, клинических формы, режимы химиотерапии, исходы наблюдения.

Используемая литература:

10. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2012-2013 годы; монография М.; 2014. 244 с.
11. Челнокова О.П., Кибрик Б.С. Проблемы выявления туберкулеза у детей и подростков, контактирующих с больным туберкулезом. Туберкулез и болезни легких; 2010;1: 31- 34
12. Аксенова В.А., ред. Туберкулез у детей и подростков : учеб. пособие для послевузовского образования; М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007
13. Перельман М.И. Фтизиатрия: учебник: с компакт-диск 4-е изд., перераб. и доп. +CD. М.И. Перельман, И.В. Богодельникова; М: ГЭОТАР-Медиа; 2013.
14. Тюлькова Т.Е., Корначев А.С. и др. Клинико-иммунологические особенности у детей с выражением туберкулиновых проб в зависимости от

- установленного контакта с бактериовыделителем. Туберкулез и болезни легких.; 2010:1: 25- 30
15. Приказ Министерства здравоохранения 109 от 20.03.2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезной помощи в Российской Федерации», http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_100829/
16. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей; М.: РООИ «Здоровье человека»; 2015: 36
17. Аксёнова В.А, Барышникова Л.А., Клевно Н.И. [15 авторов]. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей; М. РООИ «Здоровье человека»; 2015: 36.

Для переписки:

Тюлькова Татьяна Евгеньевна

8-912-924-97-10

tulkova2006@rambler.ru

Таблица 1

Варианты раннего периода первичной туберкулезной инфекции

Признак\ группа	1-я группа, n=73		2-я группа, n=21		p
	n	%	n	%	
Выраж	40	54	7	33	0.421
Гиперергическая реакция на туберкулин	12	16	2	12	0.736
Монотонная реакция на туберкулин	20	30	11	50	0.224

Таблица 2

Клинические формы туберкулеза у пациентов изучаемых групп

Признак\ группа	1-я группа, n=73		2-я группа, n=21		P
	n	%	N	%	
Первичные формы туберкулеза	49	67.2	2	9.5	0.008
Диссеминированные формы туберкулеза	9	12.3	5	23.8	0.449
Вторичные формы туберкулеза	15	20.5	14	66.7	0.013

Таблица 3

Стартовые режимы химиотерапии у детей, получавших ХТ в стационаре

ОПТД

Признак\ группа	1-я группа, n=73		2-я группа, n=21		p
	n	%	n	%	
I\III режим ХТ	47	64.4	21	100	0.008
II режим ХТ	4	5.4	0	0	0.449
IV режим ХТ	22	30.2	0	0	0.013