

Заключение. Неполная регистрация детей с туберкулезом легких в возрасте 0-14 лет в формах мониторинга туберкулеза связана, прежде всего, с дефектами мониторинга в отдельных крупных субъектах Российской Федерации, в которых больных детей включают в формы мониторинга лишь частично. В ряде субъектов Федерации в формы мониторинга туберкулеза не включали детей, не являющихся гражданами Российской Федерации (даже если они получали лечение). Размер когорты детей с бактериовыделением недостаточен для установления статистически значимых различий отдельных исходов (за исключением эффективного курса химиотерапии, который у детей в 1,3 раза выше, чем у взрослых). У детей в целом и у детей без бактериовыделения риск неблагоприятных исходов существенно ниже, чем у взрослых. Меньший риск исхода «не-

эффективный курс химиотерапии» связан с лучшим контролем лечения и, по-видимому, более благоприятным течением туберкулеза у детей, что обусловлено преобладанием форм первичного туберкулеза. С последним обстоятельством, а также с меньшей частотой обнаружения возбудителя связан и меньший риск исхода «выявлена МЛУ МБТ». Меньшая летальность от туберкулеза у детей связана с преимущественным активным выявлением заболевания. Летальность от других причин у детей не регистрировалась. Это позволяет сделать вывод, что причины, определяющие летальность больных туберкулезом легких от других причин, возникают в более старшем возрасте. Редки случаи досрочного прекращения лечения. Частота миграции больных туберкулезом легких детей 0-14 лет и лиц старше 15 лет существенно не различалась.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЛЕВРИТА У ПОДРОСТКОВ

Н. А. СТОГОВА

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, г. Воронеж

В последние годы, несмотря на снижение общей заболеваемости туберкулезом, инфицированность и заболеваемость подростков сохраняются на достаточно высоком уровне.

Цель исследования: установить особенности выявления, диагностики, клиники и морфологии туберкулезного плеврита у подростков.

Материалы и методы. Данные проведенного исследования основаны на наблюдении за 140 больными туберкулезным экссудативным плевритом (ТЭП) в возрасте 15-17 лет, которые находились на лечении в отделении плевральной патологии Воронежского областного клинического противотуберкулезного диспансера им. Н. С. Похвисневой в 1979-2012 гг. Для диагностики ТЭП проводили клиническое, лабораторное, рентгеномографическое обследование больных, туберкулиновые пробы, бронхоскопию, биопсию париетальной плевры, бактериологическое исследование мокроты, экссудата и биоптата плевры.

Результаты. В Воронежской области заболеваемость туберкулезным плевритом среди населения всех возрастных групп с 1979 по 2012 г. составляла от 2,88 до 4,69 на 100 тыс. населения. За этот период было выявлено 3 537 больных туберкулезным плевритом, в том числе 140 (3,96%) больных составили лица подросткового возраста (15-17 лет). Анализ показал, что из 180 подростков, направленных в противотуберкулезный диспансер с подозрением на туберкулезную этиологию плеврита, она была подтверждена у 140 (77,78%) больных.

У 27 (15,00%) подростков было установлено наличие внебольничной пневмонии, осложненной экссудативным плевритом, у 8 (4,44%) – опухолевый выпот, у одного (0,56%) – застойный выпот, обусловленный сердечной недостаточностью, у 4 (2,22%) – редкие причины плеврального выпота (цирроз печени, панкреатит, системные заболевания соединительной ткани).

Из 140 подростков с туберкулезным плевритом лиц мужского пола было 73 (52,14%), женского – 67 (47,86%). Туберкулезный контакт установлен у 28 (20,00%) больных, при этом семейный контакт имелся в 21 (15,00%) случае. У всех подростков заболевание было выявлено при обращении к врачу общей лечебной сети с жалобами. В специализированное отделение плевральной патологии в течение первых 2 нед. от начала заболевания поступил 61 (43,57%) больной, на 3-4-й неделе – 32 (22,86%), в течение 2-го мес. – 36 (25,71%), в течение 3-го мес. – 5 (3,57%) и в срок более 3 мес. – 6 (4,29%) больных. Преобладаю острое начало заболевания, которое отмечено у 108 (77,14%) подростков, подострое начало наблюдалось у 30 (21,43%) и бессимптомное – у 2 (1,43%) больных. Наличие продромального периода длительностью от 1 до 20 нед. отмечено у 34 (24,29%) подростков. Он характеризовался появлением неинтенсивной и непостоянной боли в грудной клетке без повышения температуры тела. В первые дни заболевания повышение температуры тела отмечалось у 139 (99,29%) из 140 подрост-

ков, в том числе повышение до субфебрильных цифр наблюдалось у 15 (10,79%), до 37,6-38,0°C – у 45 (32,37%), до 38,1-39,0°C – у 53 (38,13%) и выше 39,0°C – у 26 (18,71%) больных.

При поступлении в отделение повышенная температура тела отмечена у 94 (67,14%) больных. Умеренный лейкоцитоз в анализе периферической крови ($8,9 - 12,0 \times 10^9/\text{л}$) установлен у 36 (25,71%) больных. Увеличение СОЭ наблюдалось у 122 (87,14%) подростков, в том числе в интервале 11-20 мм/ч – у 17 (13,93%), 21-30 мм/ч – у 28 (22,95%), 31-40 мм/ч – у 25 (20,49%), 41-50 мм/ч – у 36 (29,51%), 51-60 мм/ч – у 10 (8,20%) и 61-68 мм/ч – у 6 (4,92%) больных.

При рентгенологическом обследовании у 138 (98,57%) подростков была диагностирована односторонняя локализация плеврита, у 2 (1,43%) – двусторонняя. Тотальный плеврит установлен у 7 (5,00%) подростков, от купола диафрагмы до 1-2-го ребра – у 26 (18,57%), до 3-го ребра – у 21 (15,00%), до 4-го ребра – у 38 (27,14%), до 5-6-го ребра – у 41 (29,29%) и синусный плеврит – у 7 (5,00%) больных. Таким образом, экстенсивный плеврит (выше 4-го ребра) наблюдался у 54 (38,57%) подростков. В большинстве случаев ТЭП наблюдался как самостоятельная форма туберкулеза органов дыхания и был установлен у 123 (87,86%) подростков. В сочетании с локальными формами активного туберкулеза легких или внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) плеврит отмечен лишь у 17 (12,14%) подростков, в том числе первичный туберкулезный комплекс в фазе инфильтрации установлен у 3 (17,65%) больных, туберкулез ВГЛУ – у 3 (17,65%), диссеминированный туберкулез легких – у 1 (5,88%), очаговый туберкулез в фазе инфильтрации – у 4 (23,53%) и инфильтративный туберкулез легких – у 6 (35,29%) больных. Еще у 4 (2,86%) подростков были выявлены неактивные туберкулезные изменения в виде кальцинатов в корнях (у 2) и ткани легких (у 2).

Выраж туберкулиновых проб был установлен в 53 (37,86%) случаях, 87 (62,14%) подростков были ранее инфицированы. Гиперергическая реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л установлена у 23 (16,43%) подростков. Реакция на внутрикожную пробу с препаратом диаскинтест (ДСТ) оказалась гиперергической у 2 (100,0%) из 2 подростков с ТЭП, обследованных этим методом. При плевральных пункциях у 131 (93,57%) подростка получен серозный экссудат, у 2 (1,43%) – гнойный. У 7 (5,0%) подростков экссудат при пункции не был получен, при этом плевра была плотной, утолщенной, а на рентгенограмме органов грудной

клетки определялись плевральные наложения, образовавшиеся в результате организации экссудата. В большинстве случаев это было обусловлено поздним поступлением больных в специализированное отделение.

Из 140 подростков с ТЭП игловая биопсия париетальной плевры была выполнена у 119 (85,00%), прицельная биопсия плевры во время торакоскопии – у одного (0,71%). При гистологическом исследовании материала биопсии плевры из 120 подростков у 80 (66,67%) были обнаружены эпителиоидно-клеточные гранулемы с гигантскими клетками Пирогова – Лангханса, в ряде случаев с казеозным некрозом. У 25 (20,83%) подростков в материале биопсии плевры выявлена неспецифическая лимфогистиоцитарная инфильтрация, у 12 (10,00%) – фиброз и у 3 (2,50%) – плевра без воспаления. Анализ показал, что частота обнаружения специфических туберкулезных изменений в плевре не имеет существенных различий в зависимости от наличия или отсутствия туберкулезных изменений в легких или ВГЛУ, что свидетельствует о преимущественно гематогенном пути попадания микобактерий туберкулеза (МБТ) в плевру. Так, из 123 больных с самостоятельной формой ТЭП биопсия плевры была проведена у 108 (87,80%) больных, при этом туберкулезные гранулемы обнаружены у 73 (67,59%). Из 17 больных с сочетанием ТЭП и активных туберкулезных изменений в легких или ВГЛУ биопсия плевры проведена у 12 (70,59%), гранулемы выявлены у 7 (58,33%) больных ($p > 0,05$).

При бактериологическом исследовании патологического материала было выделено 15 культур МБТ (из мокроты – 6, из плеврального экссудата – 6 и при посеве биоптата плевры – 3), лекарственная устойчивость установлена в 2 (13,33%) случаях: в одном случае – к стрептомицину, во втором – к изониазиду, стрептомицину и этамбутолу.

Заключение. Диагностика туберкулезного плеврита у подростков в условиях учреждений общей лечебной сети представляет серьезные трудности из-за ограниченных возможностей для верификации диагноза, а также преобладания самостоятельной формы ТЭП (77,78%) и редкого выделения МБТ с мокротой (4,29%). В связи с этим дифференциальный диагноз плевральных выпотов целесообразно проводить в условиях противотуберкулезного диспансера с использованием компьютерной томографии, пробы с ДСТ, с морфологической, бактериологической и молекулярно-генетической верификацией диагноза.