

пациентами с исходом в цирротический туберкулез, 3 больными с исходом в кавернозный туберкулез, 1 – в фиброзно-кавернозный и 1 – с обострением ИТЛ (с вновь сформированным распадом).

В процессе сопоставления выделенных групп по выраженности рентгенологических проявлений ИТЛ установлено, что больные II группы превосходили пациентов I группы по большинству показателей рентгенологической симптоматики. Это касалось числа, размера, интенсивности инфильтратов, интенсивности и количества очагов отсева, вовлеченности плевры в туберкулезный процесс и общего показателя рентгенологической симптоматики ($p < 0,05$). Клинические проявления ИТЛ на момент выявления этого заболевания обладали несколько меньшей предикторной информативностью в сравнении с результатами рентгенологического обследования. Сформированные группы различались по квантифицированным показателям – кашель, слабость, боль в грудной клетке, одышка, снижение массы тела – и суммарному показателю оценки клинических проявлений в баллах ИТЛ ($p < 0,05$).

Больные с исходом ИТЛ в ХТАФТ характеризуются более высокими показателями общего содержания лейкоцитов в крови с увеличением процентной доли моноцитов. Исходные значения СОЭ пациентов, у которых стандартная терапия ИТЛ оказалась неэффективной, в 2,7 раза превышали соответствующий показатель в группе достигших клинического излечения. Стоит добавить, что корреляционный анализ совокупности больных,

выздоровевших в результате консервативного лечения, продемонстрировал прямую зависимость времени закрытия полостей распада в туберкулезных инфильтратах от исходных показателей СОЭ ($r_s = 0,229$, $p = 0,031$), тимоловой пробы ($r_s = 0,254$, $p = 0,016$), активности АЛТ ($r_s = 0,298$, $p = 0,005$) и величины коэффициента де Ритиса ($r_s = 0,274$, $p = 0,009$).

Все параметры, по которым были выявлены статистически значимые различия между больными ИТЛ, достигшими и не достигшими клинического излечения, были использованы при проведении дискриминатного анализа. В результате получили статистически значимый ($p = 0,0001$) обобщенный алгоритм прогнозирования результатов комплексного лечения ИТЛ:

$$F = A \cdot 0,051 + B \cdot 0,01 + V \cdot 0,009 + C \cdot 0,002 + \Gamma \cdot 0,762 - 2,08,$$

где А – СОЭ (мм/ч), Б – церулоплазмин (мг/дл), В – γ -глутамилтранспептидаза (Е/л), С – щелочная фосфатаза (Е/л), Г – боль в груди (в баллах).

Величины $F = 1,0935$ и более свидетельствуют о риске исхода лечения ИТЛ в ХТАФТ. Значения $F < 1,0935$ иллюстрируют вероятное клиническое излечение ИТЛ.

Заключение. Использование полученного алгоритма позволит прогнозировать результативность комплексного лечения ИТЛ перед началом лечения с чувствительностью 96,8% и своевременно вносить коррекцию в терапию пациентов с риском исхода в ХТАФТ.

ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У РЕБЕНКА ДВУХ ЛЕТ

ГАЛЧЕНКО М. Т.¹, БЕЛЬКОВА Т. Ю.², ПУГАЧЕВА С. В.³, ЖУРАВЛЕВА А. В.³

NEW GENERALIZED TUBERCULOSIS AND HIV INFECTION IN THE TWO YEAR OLD CHILD

GALCHENKO M. T.¹, BELKOVA T. YU.², PUGACHEVA S. V.³, ZHURAVLEVA A. V.³

¹ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Иркутск

²ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ, г. Иркутск

³ГБУЗ «Областная детская туберкулезная больница», г. Иркутск

¹Irkutsk State Medical University, Irkutsk, RF

²Irkutsk State Medical Academy for Postgraduate Training, Irkutsk, RF

³Regional Children TB Hospital, Irkutsk, RF

В Иркутской области в 2014 г. заболеваемость туберкулезом составила 122,1 на 100 тыс. населения, смертность – 27 на 100 тыс. населения. Выявлено 130 случаев заболевания туберкулезом детей, показатель заболеваемости составил 28,0. Заболеваемость подростков – 46,7 на 100 тыс. населения.

Основной клинической формой туберкулеза у детей Иркутской области является туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (58,5% случаев). Диссеминированный туберкулез выявлен у 5 (3,8% случаев) больных. Туберкулез периферических лимфоузлов встречается редко (0,8% случаев).

К ведущим факторам риска заболевания туберкулезом у детей относятся: семейный контакт с больным туберкулезом с положительным результатом микроскопии мокроты, возраст ребенка младше 5 лет, наличие ВИЧ-инфекции, сильное истощение.

Цель: демонстрация клинического случая впервые выявленного генерализованного туберкулеза и ВИЧ-инфекции у ребенка двух лет.

Материалы и методы. Представлены данные анамнеза, обследования и лечения ребенка, находившегося на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ОГАУЗ «ГИМДКБ» и в ОДТБ г. Иркутска в 2014 г.

Результаты. Девочка Г. двух лет 20.10.2014 г. обратилась с мамой в приемный покой ОГАУЗ «ГИМДКБ» г. Иркутска с жалобами на ухудшение самочувствия, слабость, отказ от еды, повышение температуры тела до фебрильных цифр, припухлость в области боковой поверхности шеи справа. Осмотрена отоларингологом и челюстно-лицевым хирургом, поставлен диагноз: острый тонзиллофарингит, острый правосторонний серозный шейный лимфаденит. Назначена антибактериальная терапия (амоксциллин 45 мг/кг в сутки), местная противовоспалительная терапия. На фоне лечения явления воспаления в глотке купированы, но сохранялись увеличение шейных лимфоузлов и повышение температуры тела к вечеру до 38°C. Ребенок госпитализирован 26.10.2014 г. в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: острый правосторонний шейный лимфаденит. Проводили консервативное противовоспалительное лечение (цефтриаксон 0,5 г × 2 раза в день в/м, ежедневные перевязки, физиолечение). Состояние девочки – без динамики. В анализе крови лейкоцитоз 14×10^9 , палочко-ядерный сдвиг формулы, токсогенная зернистость нейтрофилов, снижение гемоглобина 72 г/л, тромбоцитопения 157×10^9 . Выполнена диагностическая пункция инфильтрата боковой поверхности шеи 31.10.2014 г., получен гной. Проведено экстренное оперативное вмешательство – вскрытие, дренирование гнойника шеи (гной с творожистым компонентом). При бактериологическом исследовании материала из раны микроорганизмы не выделены. Продолжена антибактериальная терапия, ежедневные перевязки. Состояние девочки оставалось тяжелым. Вновь отмечались подъемы температуры тела до фебрильных цифр. В ОАК отрицательная динамика (лейкоцитоз $21,5 \times 10^9$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ – 73 мм/ч, нарастала анемия: гемоглобин – 68 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}$). Повторное оперативное вмешательство 08.11.2014 г. – вскрытие, дренирование аденофлегмоны шеи. Получено гнойное отделяемое с обильным творожистым компонентом. Выполнена МСКТ органов грудной клетки. Выявлен двусторонний

диссеминированный туберкулез легких, ателектаз S 4 справа, кальцинаты паратрахеальных, бронхоппульмональных, бифуркационных лимфоузлов; поражение заднешейных, над- и подключичных, подмышечных лимфоузлов. УЗИ брюшной полости 08.11.2014 г.: гепатомегалия, увеличение поджелудочной железы без эхоструктурных изменений умеренный гидродеритонеум, мезаденит. Ребенок изолирован в инфекционный бокс отделения интенсивной терапии и реанимации. Объективно: общее состояние тяжелое, обусловленное интоксикацией и гипертермией. Гектические подъемы температуры до 39°C. Appetit резко снижен. Масса тела – 11 кг 200 г, признаки гипотрофии. Бледность кожных покровов, периорбитальный цианоз. Рубчик БЦЖ $0,3 \times 0,3$ мм, сформирован. Кашля нет. В легких дыхание жесткое, мозаично ослаблено, в верхней трети справа явное ослабление, хрипов нет. Печень выходит из-под края реберной дуги на 3 см. Ребенок консультирован главным детским фтизиатром Иркутской области, рекомендован перевод в ОДТБ. При тщательном сборе анамнеза выяснено, что отец ребенка умер от диссеминированного туберкулеза легких МБТ(+), ВИЧ-инфекции; болел с июня 2013 г. Девочка состояла на диспансерном учете у фтизиатра по месту жительства по контакту с 2013 г., однако мать скрывалась от фтизиатра, назначенные препараты и обследования не выполняла, уезжала в другой регион. В ОДТБ по жизненным показаниям лечение 5 противотуберкулезными препаратами в комбинации H, Z, R, K, Fg. Проводили дальнейшее обследование ребенка. Проба Манту с 2 ТЕ 18.11.2014 г. – результат отрицательный. Проба с диаскинтестом 8.11.2014 г. – отрицательный результат. Кровь на ВИЧ от 18.11.2014 г. – ИБ положительный, ИФА на наличие антител к ВИЧ – положительный. ПЦР-исследование промывных вод желудка, мочи, раневого отделяемого на ДНК *M. tuberculosis* методом GenExpert от 17.11.2014 г. – положительный результат.

Диагноз основной: ВИЧ-инфекция, стадия 4Б; фаза прогрессирования без АРВТ, ИК-4. Генерализованный туберкулез: диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации, МБТ(+). Туберкулез периферических лимфоузлов шейной группы (состояние после операции), МБТ(+). Туберкулез внутригрудных лимфоузлов двусторонний, фаза инфильтрации, МБТ(-). Туберкулез внутрибрюшных лимфоузлов, фаза инфильтрации, МБТ(-), IА группа ДУ.

Заключение. Врачи различных специальностей должны проявлять настороженность в отношении туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Внимательно собранный анамнез, знание основных клинических проявлений инфекций позволит вовремя диагностировать эти заболевания.