

Сложный диагностический случай туберкулёза

У.Ю. Сироджиддинова, Л.Ш. Укуматшоева, К. Пиров, Б.П. Шарипов
Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Представлен сложный случай диагностики генерализованного туберкулёза у 6 летнего ребёнка из неустановленного по туберкулёзу контакта, когда диагноз был выставлен только при проведении пробной противотуберкулёзной терапии, так как традиционные методы исследования не могли верифицировать диагноз.

Ключевые слова: туберкулёз, туберкулинодиагностика, пробное противотуберкулёзное лечение

Актуальность. Цель стратегии «Остановить туберкулёз» заключается в обеспечении равного доступа к медицинской помощи в соответствии с международными стандартами для всех больных туберкулёзом: взрослых и детей, с заразными и не заразными формами заболевания, для больных с отрицательным и положительным статусом в отношении вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), а также с множественными лекарственно-чувствительными и устойчивыми формами туберкулёза (МЛУ ТБ) [1]. Стратегия направлена и на то, чтобы устранить укоренившееся недостаточное внимание борьбе с детским туберкулёзом.

В Таджикистане относительно низкие показатели заболеваемости туберкулёзом детей (в течение ряда лет составляет 11-12 случаев на 100 000 населения) и это не отражает реальную действительность [2], так как среди них большой процент выявляется с тяжёлыми распространёнными формами туберкулёза с бактериовыделением (МБТ+). Важным компонентом в улучшении эпидемиологического состояния туберкулёза в РТ, является своевременная диагностика и эффективное лечение каждого больного, в том числе и детей.

Для детей источником инфекции обычно является взрослый больной, находящийся в контакте с ребёнком (чаще всего, проживающий в одной семье), при наличии факторов риска [2-5].

В Республике Таджикистан с 2007г. внедрена стратегия ДОТС, по которой приоритетным является выявление больных туберкулёзом при помощи микроскопии мазка мокроты [3], но у детей в силу возрастных особенностей сбор мокроты затруднён, и диагноз туберкулёз ставится на основании данных анамнеза, клинико-лабораторных, рентгенологических и иммунологических исследований (проба Манту с 2 ТЕ) [5-7].

Цель исследования. Анализ сложности диагностики туберкулёза у детей на примере одного случая.

Материал исследования. Ретроспективный анализ истории болезни ребёнка, когда при тщательном исследовании всеми рекомендуемыми методами не удалось диагностировать туберкулёз.

Больной Х., 6 лет житель Хатлонской области, 4.12.12г. был госпитализирован в Детскую туберкулёзную больницу г.Душанбе с диагнозом: «Полисерозит туберкулёзной этиологии». Состояние ребёнка при поступлении тяжёлое, в сознании, бледный, пониженного питания, кожа сухая, тургор снижен, живот увеличен в объёме, определяется свободная жидкость в брюшной полости, периферические л/узлы не увеличены, в лёгких перкуторно – лёгочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. ЧДД – 20 в мин. ЧСС – 108 в мин. Болеет в течение 4-5 месяцев, получал неоднократно как амбулаторное, так и стационарное лечение по месту жительства. Консультирован фтизиатром, диагноз туберкулёз был исключён. Родители увезли ребёнка в Российскую Федерацию для обследования и лечения.

Выписка из истории болезни больного: ребёнок Х., 6 лет, поступил в реанимационное отделение Тушинской городской больницы г.Москвы 1.10.2012г. с направляющим диагнозом: «Асцит неясного генеза. ОРВИ».

Состояние при поступлении тяжёлое, ребёнок в сознании, на осмотр реагирует адекватно. Речевой контакт затруднён. Очаговой и менингеальной симптоматики нет, лихорадит, температура до 38,2-38,5°C. Дыхание спонтанное, аускультативно – жёсткое, хрипов нет, ЧДД – 18-22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 120 в минуту, АД – 120/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме, мягкий, на пальпацию реагирует.



Вакцинация БЦЖ в роддоме, рубца нет. Проба Манту с 2 ТЕ и Диаскинтест – результаты отрицательные. В общем анализе крови многократно выявлялась гипохромная анемия, лейкоциты – от 5,9 до 12,4, СОЭ от 2-12 мм час, другой патологии не выявлено. Биохимический анализ крови: снижение общего белка до 24 г/л, умеренная тромбоцитопения – 146х10⁹/л. Проводился лапароскопический, затем диагностическая лапароскопия, удалено около 1 литра прозрачной жидкости. Были назначены антибактериальная, дезагрегатная и гормонотерапия. На фоне проводимой терапии состояние больного ухудшилось, отёки живота стали нарастать, выросла гипопропротеинемия. Больной был консультирован инфекционистом, окулистом, фтизиатром было рекомендовано продолжить диагностический поиск для исключения гематоонкологии, коллагенозов, туберкулёза. Проведено серологическое обследование на сальмонеллёз, шигеллёз, нерсинеоз, псевдотуберкулёз, клостридиоз, ротавирус, аденовирус – результаты отрицательные.

Исследован гуморальный иммунитет – значительное снижение IgG(3,87 г/л) и Ig M (0,23 г/л).

Проведено УЗИ тазобедренных суставов – эхопризнаки воспалительных изменений правого тазобедренного сустава и парасуставных тканей, правого голеностопного сустава; КТ органов грудной клетки, брюшной полости, костей таза, тазобедренных суставов, поясничного и грудного отделов позвоночника. На основании КТ диагностирована двухсторонняя пневмония, плотно-инфильтративное образование верхней доли правого лёгкого (не исключён специфический ТБС процесс), признаки воспалительных изменений во всех отделах кишечника, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия.

Проведён повторный консилиум: рекомендовано продолжить дифференциальную диагностику между туберкулёзом, воспалительными заболеваниями кишечника, системными заболеваниями соединительной ткани, паразитарными заболеваниями, иммунодефицитом.

Повторная консультация фтизиатра: реакция Манту и Диаскин-тест – отрицательные, возможно вследствие анергии в связи с длительностью течения заболевания. Но учитывая изменения по КТ нельзя исключить туберкулёз с поражением лёгкого, кишечника, мезентеральных л/узлов. Назначена пробная специфическая противотуберкулёзная терапия 4 препаратами: изониазид – 10 мг/кг, рифампицин – 10 мг/кг, пиразинамид – 20 мг/кг, амикацин – 15 мг/кг.

Состояние ребёнка на 9.11.12г.: после проведённой терапии отмечается положительная динамика, не лихорадит (36,6-36,8°C), ЧДД – 28 в минуту, аускультативно дыхание жёсткое, проводные рассеянные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный,

ЧСС – 90-110 в минуту. АД – 110/60 мм рт. ст., живот увеличен в объёме за счёт асцита, мягкий, пальпация чувствительна. По дренажу из брюшной полости отходит светлая асцитическая жидкость. Печень +3,5 см. Терапия продолжена с учётом назначений фтизиатра.

На контрольном КТ лёгких отмечается положительная динамика, сохраняются признаки перенесённого воспаления.

От 14.11.12г. дренаж из брюшной полости удалён. Ребёнок выписан домой для продолжения лечения по месту жительства.

Центральным научно-исследовательским институтом туберкулёза РАМН выдана выписка консилиума специалистов от 28.11.12г., что данные проведённого обследования не подтверждают туберкулёзный процесс. Однако, с учётом проведённых исследований, на фоне тяжёлого состояния и одновременного получения противотуберкулёзной, неспецифической терапии с положительной клинико-рентгенологической динамикой, рекомендуется: продолжить противотуберкулёзную терапию.

15.12.12 г. больной был выписан по настоянию родителей из Детской туберкулёзной больницы г.Курган-Тюбе по месту жительства с диагнозом: полисерозит туберкулёзной этиологии, для дальнейшего лечения.

ВЫВОДЫ:

1. Подтверждение диагноза туберкулёз у детей иной раз бывает сложным, из-за долгого латентного течения и лечения специалистами ОЛС нераспознанного туберкулёза антибиотиками широкого спектра действия, а также частого назначения кортикостероидной терапии приводит к искажению серологических анализов на туберкулёз, таких как проба Манту с 2ТЕ и Диаскин-тест.
2. С целью дифференциальной диагностики и подтверждения диагноза туберкулёза, в некоторых случаях целесообразно назначение пробной противотуберкулёзной терапии на 1,5-2 месяца с дальнейшим наблюдением за эффективностью данной терапии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегия "Остановить туберкулёз". Всемирная организация здравоохранения. - Женева. - 2006
2. Сироджиддинова У.Ю. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу у детей из очагов инфекции / У.Ю.Сироджиддинова [и др.] // Вестник Авиценны. - 2012. - №1. - С.109-112.
3. Бобоходжаев О.И. Борьба с туберкулёзом в Республике Таджикистан / О.И.Бобоходжаев, К.А.Закирова, Р.У.Махмудова. Межд. конф. «М/ШЛУ ТБ – призыв к действиям. – Душанбе. – 2010. - С.86.
4. Куфакова Г.А. Факторы риска развития туберкулёза у детей и подростков из социально-дезадаптированных групп населения / Г.А.Куфакова, Е.С.Овсянкина // Большой целевой журнал о туберкулёзе. -1998. - №1. - С. 20-23.
5. Аксёнова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулёзом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в России / В.А. Аксёнова // Проблемы туберкулёза. - 2002. - №1. - С. 6-9.
6. Туберкулёз у детей и подростков в России (проблемы и пути решения в 21 веке) / В.А.Аксёнова, Т.А.Севостьянова, Н.И.Клевно, В.Н. Лапшина // Вопросы современной педиатрии. – 2011. - Т.10, №3. - С. 7-11
7. У.Ю.Сироджиддинова Руководство по диагностике и лечению детей, больных туберкулёзом в Республике Таджикистан / У.Ю.Сироджиддинова [и др.]. - Душанбе. - 2011

Summary

Difficult diagnostic cases of tuberculosis

U.Yu. Sirojiddinova, L.Sh. Ukumatshoeva, K. Pirov, B.P. Sharipov

Chair of Phthisiopneumology Avicenna TSMU

Presents a complicated case diagnosis generalized tuberculosis in 6 year old child of an unidentified tuberculosis exposure, when the diagnosis was confirmed only during the probationary TB treatment, as traditional methods of investigation could not verify the diagnosis.

Key words: tuberculosis, tuberculin, a test for TB

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сироджиддинова Умриниссо Юсуфовна –
заведующая кафедрой фтизиопульмонологии ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.Рудаки, 139
E-mail: 56@tajmedun.tj