



Все права защищены. Ни одна часть воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте <http://kaznmu.kz/press/>

ФТИЗИАТРИЯ

PHTHISIATRY

УДК 616-002.5-053.2-07

Г.К. КУРАЛБАЕВА

Национальный центр проблем туберкулеза РК

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ДО ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Казахстан характеризуется некоторым снижением заболеваемости и смертности за период 2008-2010гг на 29,6% и 16,9% на 100 тыс. населения [1,2]. Вместе с тем продолжает ухудшаться ее клиническая структура, с увеличением частоты выраженных и осложненных форм туберкулеза у детей [3]. С целью анализа клинической структуры туберкулеза у детей и подростков на современном этапе проанализированные данные 325 детей и подростков обратившихся в НЦПТ РК за 2009г (таб.1.). Из них с первичным обращением – 307 лиц.

Таблица 1 - Клиническая структура туберкулеза у детей и подростков

№	Клинические формы туберкулеза	Количество
1	ПТК	42 (17,5%),
2	ТВЛУ	34 (14,1%),
3	Туберкулезный менингоэнцефалит	3 (1,3%),
4	Инфильтративный туберкулез легких	147 (61,2%)
5	Туберкулезный плеврит, в том числе казеома плевры	6 (2,5%),
6	Милиарный туберкулез	3 (1,3%)
7	Фиброзно-кавернозный туберкулез	2 (0,8%)
8	Туб. мезаденит	3 (1,3%)
	Итого	240 (100,0%)

Из них больных туберкулезом внутригрудных лимфоузлов было -34 (11,0%), первичный туберкулезный комплекс – 42 (12,9%), инфильтративный туберкулез легких – 147 (45,2%), туберкулезный плеврит – 6 (1,8%), в том числе казеома плевры - 1, туберкулезный менингоэнцефалит -3 (0,9%), милиарный туберкулез -3 (0,9%), туберкулезный мезаденит -3 (0,9%), фиброзно-кавернозный туберкулез-2 (0,6%). Активный туберкулезный процесс был исключен и установлен вираж туберкулиновых проб -45 (13,8%), гиперергическая реакция- 4 (1,2%). С поствакцинальными осложнениями обратились – 15 (4,6%) лиц. Туберкулезное воспаление исключено и установлены неспецифические заболевания- пневмонии -13 (4,0%), гемангиома - 1(0,3%), перикардит – 1(0,3%), острый лейкоз -1 (0,3%), врожденный порок сердца – 1 (0,3%), киста легкого- 1 (0,3%), неспецифический лимфаденит – 1 (0,3%), врожденные аномалии легких -1 (0,3%), тимомегалия – 1 (0,3%). Для наглядности клиническую структуру туберкулеза у детей и подростков за 2009г. можно представить в виде рисунка №1.

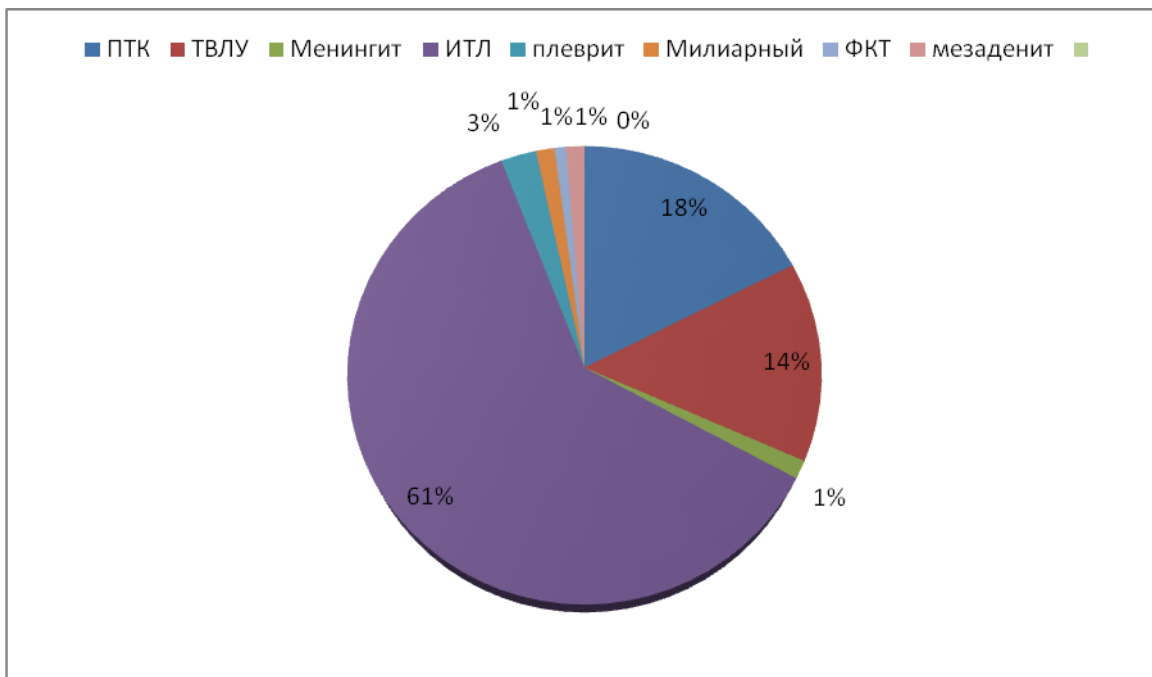


Рисунок 1 - Клиническая структура туберкулеза у детей и подростков (%)

Среди анализируемых лиц было 234 мальчика (72, 0%) и 91 девочек (28,0%). Из них дети дошкольного возраста от 3 до 6 лет составили 21,8% (71 ребенок), школьного возраста от 7 до 14 лет – 78,1% (254 ребенка). При обследовании больных большое внимание уделялось изучению анамнеза жизни больного и болезни: данным о вакцинации и ревакцинации БЦЖ, наличию и величине поствакцинальных рубцов, сведениям о давности первичного инфицирования, перенесенным детским инфекциям и другим неспецифическим заболеваниям, а также наличию и характеру сопутствующих заболеваний.

При объективном осмотре больного оценивалось общее состояние, наличие увеличенных периферических лимфатических узлов (количество пальпируемых групп, консистенция, величина, спаянность между собой и с подлежащими тканями), наличие интоксикации (слабость, снижение аппетита, микрополиадения, дисгармоничное физическое развитие, увеличение печени, селезенки). При физикальном исследовании больного отмечался характер перкуторных и аускультативных изменений.

На догоспитальном этапе 22 больным, для установления окончательного диагноза применялись, как обязательные анализ крови и мочи, проба Манту с 2 ТЕ, рентгенологические исследования, анализ мокроты на микобактерии туберкулеза, так и дополнительные факультативные методы: бронхоскопия, компьютерная томография, исследование функции почек, сердечно-сосудистой и дыхательной системы, иммунологический статус, исследование биопсийного материала, выявление вторичной патогенной микрофлоры. Проводился диагностический алгоритм с назначением неспецифических антибактериальных препаратов. У всех больных учитывался характер начала заболевания и результаты ранее примененного (по поступлению в клинику) специфического и неспецифического лечения.

Методы выявления туберкулеза были с существенной разницей в количестве, так при профилактическом осмотре выявлены 211 (87,9%), по обращаемости 29 (12,08%) больных (рисунок 2).

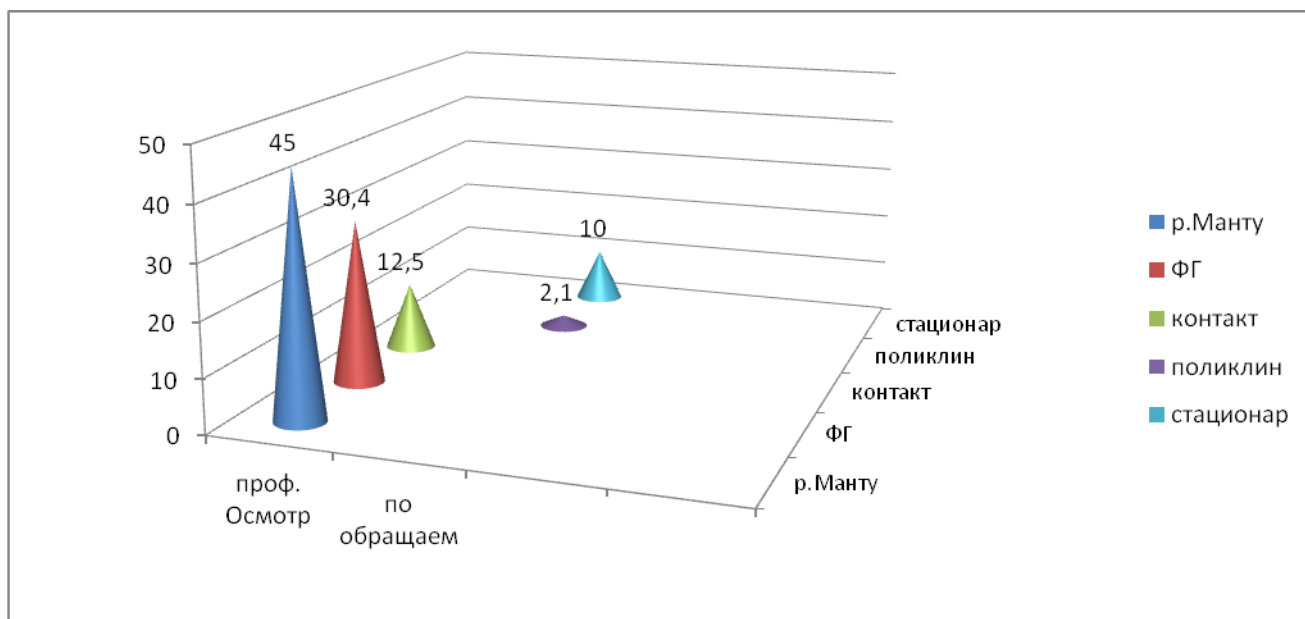


Рисунок 2 - Частота выявления туберкулеза среди детей и подростков из групп риска различными методами (%)

Наибольшее количество больных (87,8%) выявлено при профилактическом осмотре. Но почти половина больных (46,3%) выявлено из групп риска, что указывает на необходимость усиления профилактических мероприятий.

Большинство больных к моменту выявления туберкулеза имело жалобы на длительный кашель более одного месяца (62,5%), повышение температуры тела (12,4%), слабость (45,4%), снижение аппетита (42,3%), похудание (16,7%). Контакт с больными туберкулезом имели 98 из 325 детей (30,1%), в том числе 12 больных (12,2%) были из очага смерти (таблица 2).

Таблица 2 - Контакт с больными туберкулезом

Больные (100,0%)	Контакт не установлен 157 (48,3%)	Контакт установлен 98(30,1%)	в том числе		
			семейный 62(63,2%)	родственный 24 (24,4%)	очаг смерти 12(12,2%)
325	157 (48,3%)	98(30,1%)	62(63,2%)	24 (24,4%)	12(12,2%)

У остальных 157 больных (48,3%) контакт с больными туберкулезом установлен не был. Наиболее часто источником заражения являлись ближайшие родственники больного, включая родителей (63,2%), а также бабушки и дедушки (24,4%). Большинство детей имели длительный контакт (24,3%). По распространенности туберкулезного процесса, обратившиеся больные наиболее часто встречались односторонний процесс - у 158 (65,5%). Двухсторонний процесс выявлен у 83 больных (34,4%).

Симптомы интоксикации определялись у большинства больных - у 175 детей (72,9%). У детей с первичными туберкулезом интоксикация была слабо и умеренно выраженная, т.е. отмечались отдельные симптомы интоксикации в виде бледности кожных покровов, микрополиаденопатией, потливости без изменения лабораторных показателей. Кашель с мокротой и боль в грудной клетке у 14 (5,8%) при отсутствии температурной реакции и иных симптомов. Выраженные симптомы интоксикации с наличием слабости, резким снижением аппетита, дефицитом массы тела, изменениями лабораторных анализов, выявлены у больных со вторичными формами туберкулеза в небольшом количестве - у 49 (20,45%) больных. Такие же закономерности прослеживались в гемограммах: более выраженные изменения определялись у больных со вторичными формами туберкулеза: анемия - 40,9%; лейкоцитоз имел место в 32,2%; ускорение СОЭ - 72,6% ; лимфопения - 23,2% случаях.

Полости распада в легочной ткани у данных пациентов отмечены у 155 (64,5%) детей. Микобактерии туберкулеза определялись у - 159 (66,6%) больных методом бактериоскопии, в 187 (77,9%) случаев методом посева.

Осложненное течение туберкулеза органов дыхания наблюдалось у 13,3% (32) больных в виде туберкулеза бронхов и ателектаза.

Таким образом, заболевание туберкулезом детей и подростков тесного контакта с больными туберкулезом (30,1%) приводит к развитию тяжелых генерализованных процессов. Наибольшее количество больных (87,9%) выявлено при профилактическом осмотре. Но почти половина больных (46,3%) выявлено из групп риска. В структуре клинических форм туберкулеза у больных преобладали инфильтративный туберкулез легких - 147 (45,2%). Необходимо отметить, что наиболее тяжелые формы, такие как милиарный туберкулез и туберкулезный менингит тоже имели место - по 3 (1,3%) случаев. Микобактерии туберкулеза определялись в 66,3% микроскопией и в 77,9% методом посева. Осложненное течение туберкулеза органов дыхания наблюдалось у 13,3% больных в виде туберкулеза бронхов и ателектаза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абилдаев Т.Ш. Результаты и пути дальнейшей реализации национальной программы борьбы с туберкулезом в Казахстане. //Фтизиопульмонология. – 2011.-№2(19).-С.6-9.
2. Статистический обзор по туберкулезу в РК.-Алматы.2010.
3. Бекембаева Г.С. и др. Заболеваемость и анализ показателей туберкулиновых проб у детей в экологически неблагоприятном регионе // Фтизиопульмонология. – 2008.-№2(14).-С.10-15.

Г.К. ҚУРАЛБАЕВА

БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМ АРАСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗДІ АНЫҚТАУ

Түйін: туберкулез науқастарымен тығыз қарым қатынастан (30,1%) дамыған балалар мен жасөспірімдердегі туберкулез ауруы ауыр жайылған үрдістің дамуына алып келеді. Науқастардың жартысынан көбінде туберкулездің клиникалық формаларының ішінен өкпенің инфильтративті туберкулезі -147 (45,2%) анықталды. Ескере кететін жайт, туберкулездің өте ауыр түрлері, соның ішінде милиарлы туберкулез бен туберкулезді менингит - 3 (1,3%) кездесті. Туберкулез микобактериясы микроскопия тәсілімен 66,3%, ал себу әдісімен 77,9% анықталды. Тыны салу ағзаларының туберкулезі 13,3% байқалады, оның ішінде ателектаз және бронх туберкулезі түрінде жиі кездеседі.

G. K. KURALBAYEVA

TUBERCULOSIS DIAGNOSTICS AT CHILDREN AND TEENAGERS AT A PRE-HOSPITAL STAGE

Resume: the disease tuberculosis of children and teenagers of close contact to patients with tuberculosis (30,1 %) leads to development of heavy generalization processes.

The greatest number of patients (87,9 %) is revealed at routine inspection. But nearly a half of patients (46,3 %) it is revealed from groups of risk. In structure of clinical forms of tuberculosis at patients prevailed infiltrative tuberculosis of lungs – 147 (45,2 %). It is necessary to note that the heaviest forms, such as miliary tuberculosis and tubercular meningitis too took place – on 3 (1,3 %) cases. Mikobacteries of tuberculosis were defined in 66,3 % by microscopy and in 77,9 % crops method. The complicated course of tuberculosis of respiratory organs was observed at 13,3 % of patients in the form of tuberculosis of bronchial tubes and atelectasis.

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz