

Хирургическое вмешательство противопоказано при рассыпном, мозаичном типе бронхоэктазий и обширных, диффузных бронхоэктазиях с поражением большей части обоих легких. Хронический деформирующий бронхит мы не считаем показанием к хирургическому лечению.

Несколько слов нужно сказать непосредственно о хирургической тактике: мы категорически отказались от одномоментных двусторонних резекций легких, даже при четко ограниченных поражениях нижних долей — риск представляется неоправданным по сравнению с последовательными операциями с полугодовым промежутком.

Не имея опыта выполнения экстирпации бронхов по Э.А.Степанову, мы не можем обсуждать эту методику.

Дискуссионным является вопрос о хирургической тактике при бронхоэктазиях базальных сегментов. Анализируя опыт серий базальных резекций, мы пришли к выводу о большей целесообразности лобэктомии в этих ситуациях. Исключение составляют наблюдения ателектатических бронхоэктазий базальных сегментов при непораженном VI сегменте, практически занимающем место нижней доли.

При изолированных полостных образованиях легких (кисты, буллы) показана методика, разработанная в нашей клинике (М.Р.Рокицкий, П.Н.Гребнев), — пункционное дренирование внутрилегочной полости тонким катетером с одновременной окклюзией дренирующего бронха; активная аспирация и санация по-

лости с последующим введением спиртовойодного раствора. Дренаж удаляют на 4–6-е сутки, обтуратор из бронха — на 8–12-е. В 85% наблюдений удавалось добиться исчезновения полостного образования.

В послеоперационном периоде используем метод активного ведения — сидение в 1-е сутки, вставание на 2–3-и. Оптимальным является направление ребенка в местный специализированный санаторий в первые 6 мес после операции.

Реабилитационный режим находится в прямой зависимости от объема удаленной паренхимы. Так, после удаления одной доли или нижней доли и язычковых сегментов левого легкого занятия лечебной физкультурой, начатые еще в стационаре, должны быть продолжены дома. Через 4–6 мес возможны занятия физкультурой в школе по облегченной программе, через год — по общей программе. После билоб- и пульмонэктомии занятия в школе физкультурой разрешены только через год и только по облегченной программе. Необходимо исключить тяжелый физический труд, занятия спортом из-за реальной опасности развития легочной гипертензии.

Таким образом, дискуссия ведется в основном по частным вопросам, основные же проблемы хирургического лечения ХНЗЛ у детей могут считаться решенными. Главным остаются раннее выявление детей с подозрительной на ХНЗЛ патологией и своевременное осуществление квалифицированного рентгенологического и бронхологического обследований.

Поступила 06.12.01

© АКСЕНОВА В.А., 2002

УДК 616.24-002.5-053.2-036.1

В.А.Аксенова

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНУТРИГРУДНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

НИИ фтизиопульмонологии Московской медицинской академии
им. И.М.Сеченова Минздрава РФ

MODERN CLINICAL FEATURES OF INTRATHORACIC TUBERCULOSIS IN CHILDREN

V.A.Aksenova

Summary

The article sums up a multi-profile epidemiological and clinical study performed for the last decade in the Russian Federation. Clinical peculiarities of child's intrathoracic tuberculosis, reasons of complicated forms occurrence and an influence of various factors on their frequency were viewed. An importance of the differentiated approach to intrathoracic tuberculosis detection in phthysiopaediatric and general therapeutic facilities was shown.

A comparison of clinical signs of extended complicated and uncomplicated tuberculosis has determined that the mild forms have several characteristic features. The disease onset is typically gradual. Sensitivity to tuberculin is quite low in most patients. Intoxication could be mild or manifested by single symptoms, such as

hyporexia or mild fever, etc. X-ray examination detects localized lesions of intrathoracic lymph nodes or single small foci in the lung tissue. The complicated forms are prevalently characterized by complications in the lung tissue, such as the lung tissue decay, seeding, pleural effusion or lung atelectasis.

Резюме

В данной работе подведен итог результатов многопрофильного эпидемиологического и клинического исследований на территории Российской Федерации, проведенного в последнее 10-летие. Определены особенности клинических проявлений внутригрудного туберкулеза у детей, установлены причины возникновения осложненных форм, а также влияние различных факторов на частоту их возникновения. Показана важность дифференцированного подхода в работе фтизиопедиатрической и общей лечебной служб при выявлении внутригрудного туберкулеза.

Сопоставление клинических проявлений распространенных осложненных форм с неосложненным туберкулезом показало, что для малых форм характерен ряд особенностей: начало заболевания обычно постепенное, незаметное; туберкулиновая чувствительность у большинства больных невысокая; интоксикационный синдром может быть невыраженным или определяются только отдельные симптомы — снижение аппетита, субфебрилитет и др. Рентгенологически определяются ограниченные поражения в области внутригрудных лимфатических узлов или мелких единичных очагов в легочной ткани. Осложненные формы характеризуются преобладанием осложнений со стороны легочной ткани в виде распада, обсеменения, экссудативных плевритов или ателектаза легких.

В настоящее время эпидемиологическая ситуация по туберкулезу крайне напряженная во всем мире. Ежегодно на планете заболевают 9 млн человек, из них каждый 30-й больной живет в России [7]. Социально-экономические изменения в регионе бывшего СССР способствовали быстрому ухудшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Прирост показателя заболеваемости составляет ежегодно не менее 10% [5].

Нельзя не учитывать и тот факт, что в последнее 10-летие значительно изменились клинические проявления туберкулеза у взрослого населения. Так, по данным *И.В.Богадельниковой и соавт.* [2], более чем у половины больных наблюдается острое течение с гектической температурой, выраженными изменениями в периферической крови; участились осложнения туберкулеза легких; резко возросли массивность бактериовыделения и лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к основным противотуберкулезным препаратам. Все это приводит к снижению эффективности лечения и инвалидизации больных. Существенно увеличился риск рецидива заболевания — число больных с реактивизацией туберкулезного процесса, по данным *Г.Б.Соколовой* [4], возросло на 24,4% и составляет 8,2 случая на 100 000 населения.

Произошли изменения клинического течения туберкулеза и у детей. Поражение лимфатической системы, выраженные бронхоадениты наблюдались как в доантибактериальный период, так и в первые годы антибактериального лечения. Однако в силу различных причин лимфатическая система не могла служить барьером и задерживать распространение инфекции, наступало поражение легких и других органов. Теперь в условиях систематического проведения противотуберкулезной вакцинации, повышения общей сопротивляемости организма детей ярче выявляется защитная роль лимфатической системы — инфекция в

ней длительно задерживается; в одних случаях не развиваются локальные формы заболевания, в других наблюдается различная степень поражения лимфатических узлов, при этом в последние годы все чаще встречаются малые формы бронхоаденитов [17]. Ряд авторов отмечают достаточно большое число распространенных осложненных форм, в структуре которых отмечается рост бронхолегочных осложнений, главным образом неспецифических [3].

Таким образом, данные литературы свидетельствуют об изменении в современных условиях структуры впервые выявленного туберкулеза легких, как у взрослых, так и у детей.

Целью нашего исследования было изучение особенностей клинического проявления туберкулеза у детей в современных условиях. С этой целью нами проведен анализ архивных данных в ряде территорий России (Брянская, Рязанская и Белгородская области, Краснодарский край, Республика Саха). Установлено, что в структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания у детей в настоящее время преобладают лимфоадениты внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) — 49%, на долю первичного туберкулезного комплекса (ПТК) приходится до 25%; на долю плевритов — 12% случаев. Крайне редко встречаются распространенные диссеминированные (генерализованные) формы туберкулеза с распространением процесса на другие органы (не более 3–5 случаев в год на территории).

Клиническое течение заболевания характеризовалось преобладанием туберкулезного поражения ВГЛУ, нередко при отсутствии острого начала у заболевания и скудной клинической симптоматики. Тем не менее ежегодно выявлялись дети с осложненными формами туберкулеза, течение которого было тяжелым, с склонностью к генерализации и формированию выраженных остаточных изменений в легочной

ткани, создающих угрозу реактивации заболевания в будущем. В структуре всех диагностируемых форм туберкулеза органов дыхания осложненное течение легочного процесса у детей имело место в 17,6–37,8% и проявлялось распадом легочной ткани, ателектазом, плевритом, бронхолегочным поражением, очаговой диссеминацией и другими осложнениями.

Такие высокие показатели осложненных форм туберкулеза обосновывали необходимость детального изучения причин их возникновения и особенностей проявления в современных условиях.

Для решения этих задач нами сопоставлены клинические проявления внутригрудного туберкулеза. Из 275 наблюдаемых больных в детской клинике НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М.Сеченова 207 (75,3%) человек имели осложненные формы туберкулеза. Это объясняется тем, что в институт госпитализировались дети с наиболее распространенными формами, лечение которых в стационарах по месту жительства было затруднено. У большинства больных имелись 2 осложнения и более специфического процесса (всего выявлено 361 осложнение). Как у детей младшего возраста, так и у старших возрастных групп преобладала легочная локализация (93,7 и 98,6% соответственно). В структуре всех диагностируемых осложнений ведущее место занимали распад легочной ткани (30,8%), обсеменение (23,6%), хронически текущий туберкулез (22,5%) и ателектаз (12,1%). Несколько реже поражение легких и лимфатических узлов сопровождалось экссудативным плевритом (3,4%) и внелегочной диссеминацией туберкулеза (3,4%). При бронхоскопическом обследовании 210 детей активный туберкулез бронха выявлен у 15 больных, что составило 7,1% (9,1% у детей и 4,4% у подростков).

Частота различных осложнений зависела от возраста больного: чем младше ребенок, тем чаще возникали осложнения со стороны лимфатической системы. С возрастом появлялись осложнения с распространением на легочную ткань, особенно в период наиболее бурного ее развития в 12–14 лет.

Нами отмечены существенные различия в характере осложненного туберкулеза по сравнению с предыдущими годами. Если в доантибактериальный период у детей преобладали осложнения в виде острой легочной и внелегочной диссеминации, в 1960–1970 гг. [6] осложнения чаще имели экссудативный характер с поражением плевры и туберкулезом бронхов, то в настоящее время в структуре осложнений увеличилось число детей с поражением лимфатических узлов средостения, приобретающим часто хроническое течение с формированием крупных кальцинатов. У детей старшего возраста и подростков, как и в прежние годы, для осложненного туберкулеза характерно прогрессирующее течение с возникновением распада и обсеменения легочной ткани.

С целью изучения причин возникновения осложненных форм туберкулеза нами проведен анализ по-

казателей о специфической профилактике туберкулеза, методах выявления заболевания и длительности лечения до поступления в институт. Установлено, что 72% больных с осложненным туберкулезом имели рубцы после вакцинации БЦЖ. Однако при оценке этих данных в разных возрастных группах отмечено, что 39% детей в возрасте 3–6 лет с осложненным туберкулезом не имели рубцов после вакцинации, из них 19,5% не вакцинированы в роддомах в связи с наличием противопоказаний, что могло повлиять на возникновение осложнений туберкулеза из-за низкой общей сопротивляемости организма. У детей старшего возраста и подростков этой зависимости не выявлено.

Наблюдения позволили подтвердить существующее положение о том, что давно инфицированные дети и подростки подвергаются наибольшему риску заболевания (57,2% больных с осложненным туберкулезом были инфицированы более 2 лет назад, 25,9% — от года до 2 лет). В 16,9% у детей специфический процесс выявлен одновременно с диагностированием первичного инфицирования микобактериями туберкулеза. При этом заболевание быстро прогрессировало с образованием различных осложнений, что было обусловлено массивностью инфекции и снижением общей сопротивляемости организма к различным болезням.

В процессе исследования установлено, что работа педиатров и фтизиатров с детьми и подростками в условиях контакта с больными туберкулезом проводилась неудовлетворительно. Так, из 207 наблюдаемых нами больных с осложненным процессом 101 человек проживали в семьях с больным туберкулезом (48,8%), а выявлено диспансерами при профилактических осмотрах IV группы учета лишь 16 (7,7%) человек.

К причинам возникновения осложненных форм относится и отсутствие своевременной правильной диагностики туберкулеза в поликлиниках и стационарах врачами общей лечебной сети, особенно среди детей и подростков с хроническими неспецифическими заболеваниями. Так, несмотря на то что 38,8% больных состояли на диспансерном учете в поликлиниках по поводу различных заболеваний, ни один из них в течение последних двух лет и более не обследовался на туберкулез. Диагноз устанавливался лишь через 3–5 мес от начала жалоб после исключения всех других возможных болезней.

При наблюдении за клиническими признаками заболевания и течением процесса у 231 больного, закончивших полный курс антибактериальной терапии в институте (168 больных с осложненным и 63 с неосложненным течением), выявлены различия между осложненным и неосложненным туберкулезом.

Больные с осложненными формами, особенно дети, выявлялись в 56,4% случаев по обращаемости, и при поступлении в институт имели выраженную разнообразную клиническую симптоматику с признаками

туберкулезной интоксикации (71,4%) и жалобами на кашель (50,6%). Катаральные явления в легких выслушивались в 36,9%, чувствительность к туберкулину почти у всех больных (78%) была высокой, что также подтверждало активность процесса. Изменения в анализе крови отмечены в 36,9%, бацилловыделение — в 45,2%, причем 16,8% имели устойчивость к 1–4 антибактериальным препаратам. У подавляющего большинства больных процесс занимал от нескольких сегментов до целого легкого, двустороннее поражение имело место у 24,4% больных. У 92 (39,8%) наблюдаемых нами больных определялись деструктивные изменения в легочной ткани (32 ребенка и 60 подростков).

Сопоставление особенностей проявления внутригрудного туберкулеза в зависимости от наличия осложнений показало, что в отличие от больных с осложненным туберкулезом при неосложненных формах большинство (63,5%) выявлены при профилактическом обследовании. При поступлении в институт они не предъявляли никаких жалоб, признаки интоксикации, как правило, отсутствовали (63,5%) или были умеренными (36,5%). В единичных случаях наблюдались изменения в анализе крови (12,0%) и бактериовыделение (15,9%), что в 3 раза реже, чем при осложненных формах. Чувствительность к туберкулину в этой группе, как и при осложненном туберкулезе, также была высокой или умеренной. Несмотря на это, у больных с неосложненными формами умеренная чувствительность выявлена в 2 раза чаще (42,9% при неосложненном и 22% при осложненном туберкулезе, $p < 0,001$). Рентгенологически у детей преобладали процессы с поражением одного сегмента или одной группы лимфатических узлов, у детей старшего возраста изменения в легких имели несколько большую протяженность (до двух и более сегментов легкого). При проведении бронхологического исследования могут быть выявлены патологические изменения в бронхах: различные фазы туберкулеза бронхов, а также ограниченный катаральный эндобронхит, регионарный и пораженной группе внутригрудных лимфатических узлов, который отмечают более чем у 35% детей с малыми формами туберкулеза ВГЛУ.

В процессе лечения в институте течение осложненного туберкулеза у половины больных было торпидным, с медленным восстановлением всех функций организма, у 47,6% оно было ускоренным, у 50,6% — замедленным и у 1,8% — волнообразным; в отличие от неосложненного, где у 82,5% больных отмечено ускоренное течение и лишь у 17,5% — замедленное. При проведении антибактериальной терапии у детей и подростков с осложненным туберкулезом часто возникали трудности, связанные с распространенностью процесса, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний (38,8%). У 39,9% при лечении возникли побочные реакции, частота кото-

рых была в прямой зависимости от характера течения туберкулеза и длительности приема препаратов. У больных с неосложненным туберкулезом в 2 раза реже встречались как сопутствующие заболевания (22%), так и побочные реакции (25,4%), которые обуславливали даже при неосложненных формах наклонность к торпидному течению.

Таким образом, в современных условиях учащение случаев ускоренного течения туберкулеза может быть связано лишь с увеличением в структуре заболеваемости неосложненных его форм. Течение осложненного туберкулеза до настоящего времени остается тяжелым, с наклонностью к прогрессированию и медленному восстановлению в процессе лечения всех функций организма.

Несмотря на наличие в структуре впервые выявленного туберкулеза распространенных осложненных форм, "малая" неосложненная форма туберкулеза сопровождается нерезкой гиперплазией 1–2 групп лимфатических узлов. Малые формы диагностируются только по сочетанию клинических и рентгенологических признаков заболевания. Ранняя диагностика таких форм имеет большое значение, так как в некоторых случаях, особенно у детей раннего возраста, они могут иметь прогрессирующее течение и сопровождаться развитием осложнений, а также быть основанием для генерализации туберкулеза. Малые формы туберкулеза ВГЛУ отличаются незначительной выраженностью клинических и рентгенологических проявлений. При исследовании гемограммы и протеинограммы патологические изменения, как правило, не определяются. В промывных водах бронхов редко обнаруживают микобактерии туберкулеза как бактериоскопическим, так и бактериологическим методами.

Течение неосложненных малых форм, как правило, гладкое с быстрой благоприятной динамикой под влиянием лечения. При наблюдении за больными нами не отмечено волнообразного течения, не было обнаружено туберкулезного процесса в бронхах и выделения микобактерии туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова В.А. Туберкулез у детей в России. Пробл. туб. 2001; 6: 14–17.
2. Богадельникова И.В., Перельман М.И. Химиотерапия туберкулеза. М.; 1997.
3. Довгалюк И.Ф. Оценка сегодняшнего дня отечественной фтизиопедиатрии. В кн.: Туберкулез у детей и подростков в современных условиях: Сборник тр. Санкт-Петербург. НИИ фтизиопульмонологии. СПб.; 2001. 12–14.
4. Соколова Г.Б. Новые технологии химиотерапии туберкулезной инфекции. М.; 2000.
5. Шилова М.В. Туберкулез в Российской Федерации в 1998 г.: Информ. письмо. М.; 1999.
6. Фирсова В.А. Туберкулез у детей и подростков. М.; 1972.
7. Nahmias A., De Sousa A., Freiji R., Lee F. Old and newer challenges of tuberculosis in children. *Pediatr. Pulmonol.* 1995; 19 (suppl. 11): 28–29.

Поступила 06.12.01