

22. Pérez G.J., Munita J.S., Araos R.B., et al. Cat scratch disease associated neuroretinitis: clinical report and review of the literature/ G.J.Pérez // Rev Chilena Infectol. - 2010. - Oct;27(5). - P.417-22.
23. Pérez A.P., Miaja M.F., García P.D., et al. Hepatosplenic Cat Scratch Disease and Prolonged Fever: When To Add Corticosteroids? / A.P.Pérez // Pediatr Infect Dis J. - 2022. - Sep 1;41(9). - P.396-398.
24. Razafindrazaka H., Redl S., Aouchiche F., et al. Bone involvement in cat scratch disease/ H. Razafindrazaka // Rev Med Interne. - 2021. - Dec;42(12). - P.875-880.
25. Rouanes N., Barbotin L., Crevoisier L. et al. Erythema nodosum due to cat-scratch-disease: An association and important therapeutic implications/ N.Rouanes // Rev Med Interne. - 2022. - May;43(5). - P.316-319.
26. Sandoval A.C., Reyes F.T., Prado M.A., et al. Cat-scratch Disease in the Pediatric Population: 6 Years of Evaluation and Follow-up in a Public Hospital in Chile/ A.C. Sandoval // Pediatr Infect Dis J. - 2020. - Oct;39(10). - P.889-893.
27. Shin O.R., Kim Y.R., Ban T. et al. A case report of seronegative cat scratch disease, emphasizing the histopathologic point of view/ O.R. Shin // Diagn Pathol. - 2014. - Mar 19;9:62. doi: 10.1186/1746-1596-9-62.
28. Slaifstein C., Borin N., Ostoich M.M., et al. Cat-scratch disease with multiple bone involvement/ C.Slaifstein // Arch Argent Pediatr. - 2021. - Feb;119(1). - P.84-87.
29. Tsuneoka H., Tsukahara M., Analysis of data in 30 patients with cat scratch disease without lymphadenopathy/ H.Tsuneoka // J Infect Chemother. - 2006. - Aug;12(4). - P.224-6.
30. Verma S.K., Martin A., Montero J.A. Atypical Cat Scratch Disease With Hepatosplenic Involvement/ S.K. Verma // Clin Gastroenterol Hepatol. - 2017. - Jan;15(1). - P.5-6.
31. Wang J., Chen W., Wang M., et al. Cat scratch disease with generalized bone lesions in an immunocompetent child/ J.Wang // Emerg Microbes Infect. - 2022. - Dec;11(1). - P.2433-2436.
32. Waseem R., Seher M., Ghazal S., et al. Cat scratch disease in a 23-year-old male-Case report/ R. Waseem // Front Public Health. - 2023. - Jan 13;10:1046666.
33. Yap S.M., Saeed M., Logan P., Healy D.G. Bartonella neuroretinitis (cat-scratch disease)/ S.M. Yap // Pract Neurol. - 2020. - Dec;20(6). - P.505-506.

УДК 616.25-002-053.6:616-002.5-036.2

Л.В. Лебедь¹, Л.В. Поддубная², С.М. Лепшина¹, М.А. Миндрул¹, О.В. Атаев¹

ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ У ПОДРОСТКА ИЗ ОЧАГА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

¹ ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького» Минздрава России

² ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Аннотация

Приведен клинический случай развития туберкулезного экссудативного плеврита у подростка из очага туберкулезной инфекции. Позднее выявление туберкулеза у подростка свидетельствует о необходимости совершенствования работы в очагах туберкулезной инфекции.

Ключевые слова: туберкулез, экссудативный плеврит, дети, подростки, очаг туберкулезной инфекции

Актуальность работы. Дети и подростки из очагов туберкулезной инфекции – группа наиболее высокого риска развития туберкулеза. Наибольшее значение в передаче инфекции имеет семейный и близкородственный контакт с больным туберкулезом. По данным статистики, заболеваемость туберкулезом детей и подростков в очагах туберкулеза без бактериовыделения в 7 раз, с бактериовыделением в 30 раз выше, чем общие показатели заболеваемости туберкулезом пациентов детско-подростковой группы населения [1, 2].

Для раннего и своевременного выявления туберкулеза у детей и подростков в России осуществляют ежегодный скрининг. Используют иммунологические и лучевые методы. Иммунодиагностика проводится детям с 12-месячного возраста и до достижения возраста 18 лет. Детям, вакцинированным БЦЖ, внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином (пробу Манту с 2 ТЕ) ставят до 7-летнего возраста включительно 1 раз в год, независимо

от результатов предыдущих проб. с 8-летнего и до 17-летнего возраста включительно используют внутрикожную аллергическую пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР), которую также ставят 1 раз в год, независимо от результатов предыдущих проб. Детям, невакцинированным БЦЖ, начиная с 6-месячного возраста проводится проба Манту — 2 раза в год,

По результатам профилактического осмотра лиц с подозрением на туберкулез направляют к врачу фтизиатру [3, 4].

Структура и локализация туберкулеза у детей разного возраста существенно различается, при этом структура впервые выявленного туберкулеза отражает работу территорий по профилактике и раннему выявлению заболевания среди населения данного возраста. У детей младше 7 лет туберкулез органов дыхания протекает с поражением легочной ткани лишь в 16–19%, у детей 7–14 лет — почти в 43% случаев, а у подростков 15–17 лет — уже почти в 87% случаев [5].

Туберкулезный экссудативный плеврит — острое, подострое, хроническое или рецидивирующее туберкулезное воспаление плевры, характеризующееся накоплением экссудата в плевральной полости. Туберкулезный плеврит может протекать изолированно и быть единственным клинико-рентгенологическим проявлением туберкулезной инфекции, а может сочетаться с туберкулезом других локализаций (легочных и/или внелегочных) [6]. Диагноз плеврита устанавливают по совокупности клинических и рентгенологических признаков, а характер плеврита — по результатам исследования диагностического материала, полученного при пункции плевральной полости или биопсии плевры. Туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением гнойного экссудата, представляет собой особую форму экссудативного плеврита — эмпиему. Она развивается при распространенном казеозном поражении плевры, а также в результате перфорации каверны или субплеврально расположенных очагов [7].

Приводим клинический случай развития экссудативного плеврита у подростка из очага туберкулезной инфекции.

Цель исследования — анализ случая возникновения и развития экссудативного плеврита у подростка из очага туберкулезной инфекции.

Материалы и методы исследования. Обследование и лечение пациента проводили в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез», РОФ 2022. Лабораторная диагностика включала микроскопическое исследование промывных вод желудка и операционного материала, а также бактериологическое исследование промывных вод желудка методом посева на жидкую питательную среду (Middlebrook 7H9, Becton Dickinson) и на плотную питательную среду Левенштейна-Йенсена на МБТ. Для лучевой диагностики проводили обзорную рентгенограмму органов грудной клетки (ОГК) в прямой и боковой проекциях, мультиспиральное сканирование (МСКТ) органов грудной полости, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов грудной полости. Проводили цитологическое и патологистологическое исследование операционного материала.

Результаты и обсуждение. Больной Анатолий К., 12 лет, поступил в детское отделение Республиканской клинической туберкулезной больницы (РКТБ) МЗ ДНР 05.07.2022 г. Известно, что был контакт со старшим братом, который находился на лечении в хирургическом отделении данной больницы с 22.02.2022 г. с диагнозом В 20.0. Впервые диагностированный туберкулез (ВДТБ) (02.2022) нижней доли левого легкого

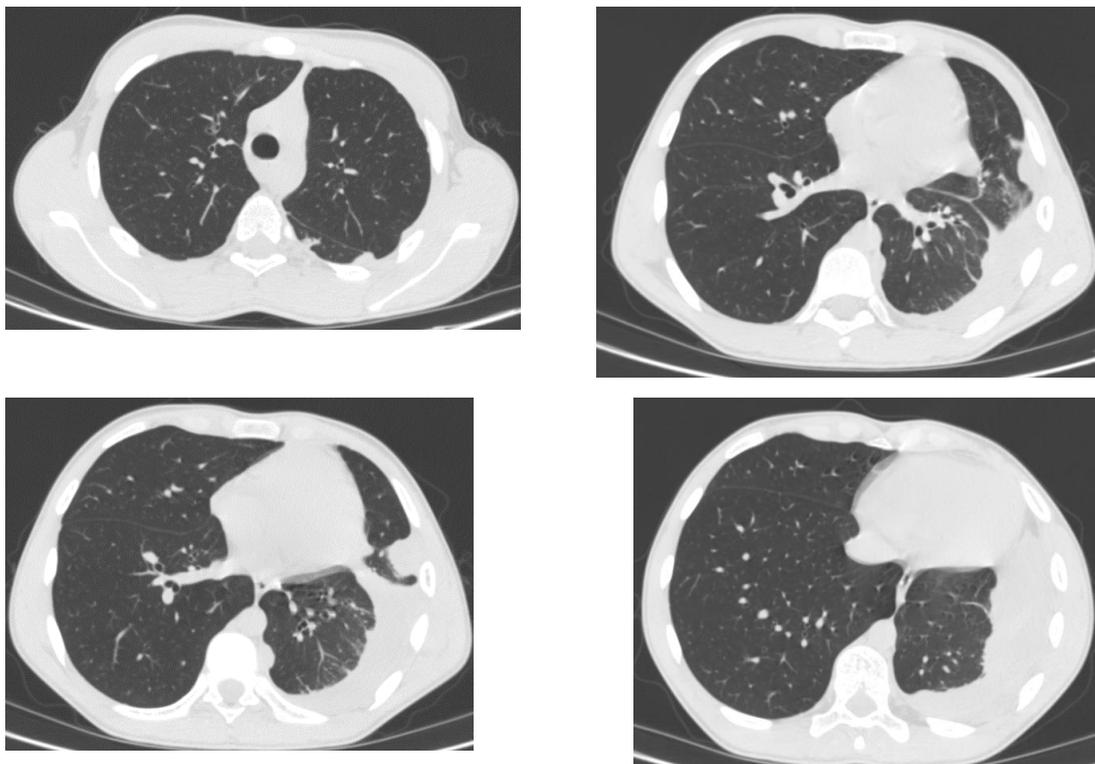
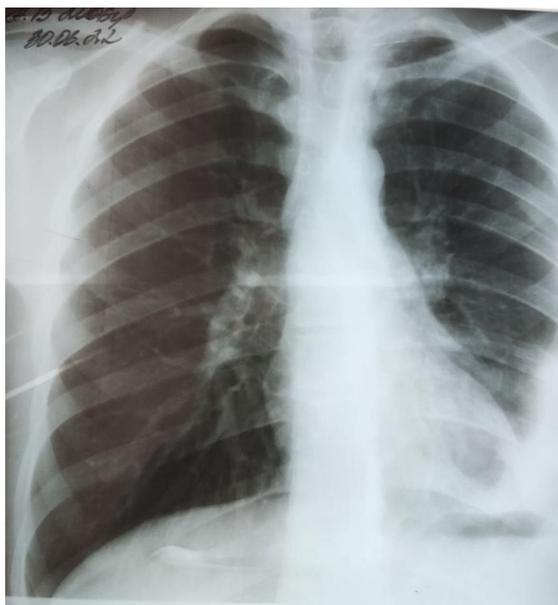
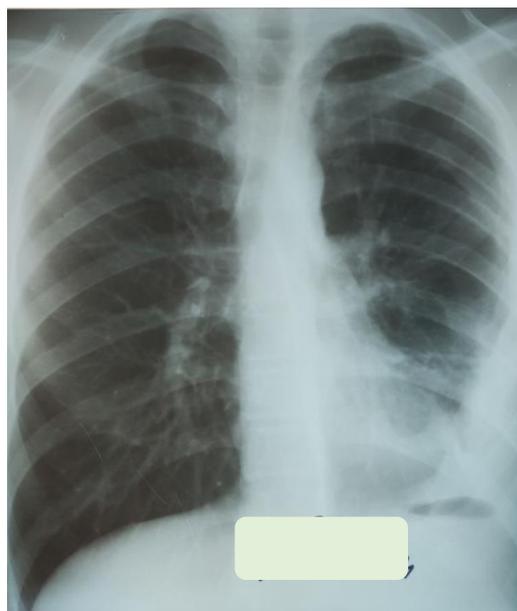


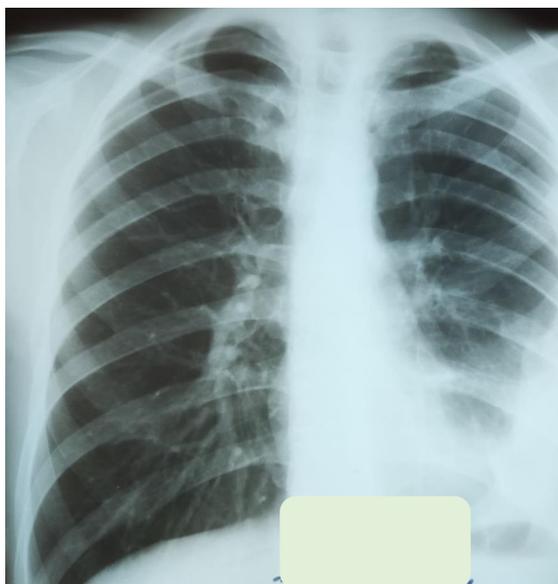
Рис. 1. МСКТ ОГК от 05.08.2022: осумкованный левосторонний гидроторакс



А. Обзорная рентгенограмма от 30.06.22



Б. Обзорная рентгенограмма от 05.07.22



В. Обзорная рентгенограмма от 5.10.22



Г. Обзорная рентгенограмма от 11.01.23

Рис. 2 На представленных рентгенограммах ОГК слева определяется гомогенная интенсивная тень треугольной формы вершиной доходящая до верхнего края третьего ребра без положительной динамики

(инfiltrативный) Дестр- МБТ+ (ПЦР+) М-К0 резист1-(ПЦР+/HR-) резист2 0 гист0, кат. 1.1. ког. 1 (2022). При обследовании подростка как контактного на обзорной рентгенограмме ОГК выявлены изменения, заподозрен туберкулез, в связи с чем направлен на стационарное лечение в РКТБ МЗ ДНР.

Из анамнеза известно, что вакцина БЦЖ ребенку сделана в роддоме, рубчик 4 мм. Реакция на пробу Манту с 2 Е в 2012 г. и с 2017 по 2020 гг. была отрицательная, с 2013 г. по 2016 г. сведений нет.

При поступлении жалоб не предъявлял. Объективно: рост 171 см, вес 51 кг, температура

37,2°, АД 120/80 мм рт.ст. Состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Левая половина грудной клетки отставала в дыхании. Слева в нижненаружном отделе легкого и подмышечной области определялось притупление перкуторного звука и ослабленное дыхание. Частота дыхания (ЧД) составляла 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96 уд/мин. Язык розовый, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край закруглен. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Реакция на пробу Манту

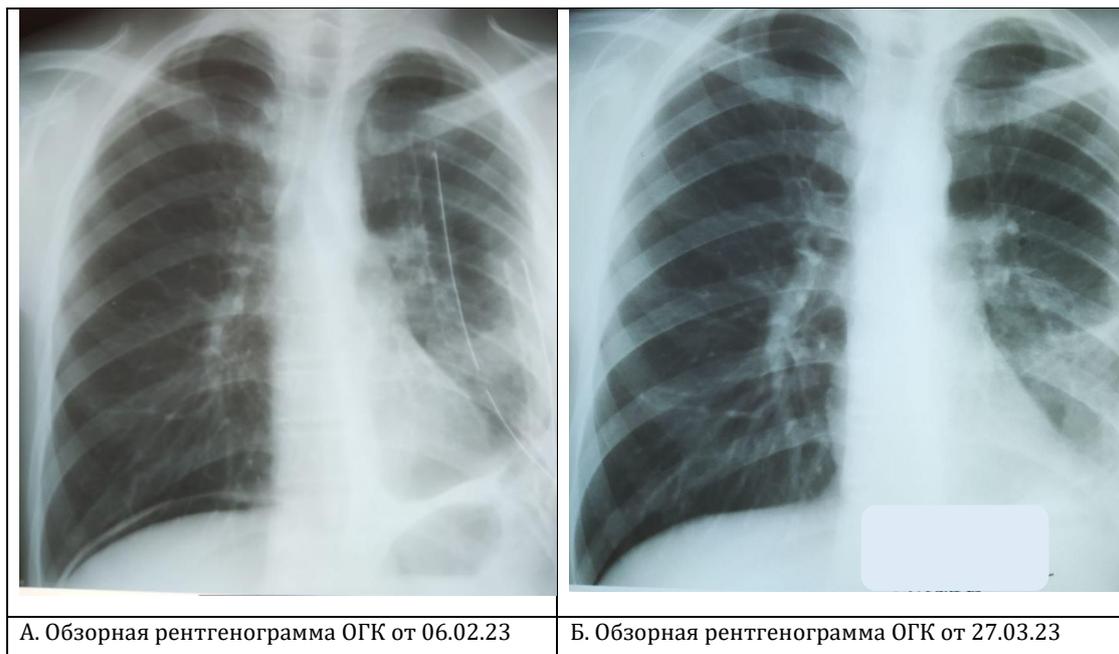


Рис. 3. А. Легкие без патологических изменений. Слева в нижнем отделе плевральные наслоения, состояние после частичной плеврэктомии. Б. Легкие без патологических изменений. Динамика уменьшения плевральных наслоений слева.

с 2 ТЕ — папула 12 мм. В общем анализе крови при поступлении: Эр — 4,82 Т/л, Нв — 148 г/л, ЦП — 0,92; лейкоциты — $5,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы — 2%, палочкоядерные нейтрофилы — 1%, сегментоядерные — 80%, лимфоциты — 16%, моноциты — 1%, СОЭ — 12 мм/час; в биохимическом анализе крови: общий белок — 80 г/л, билирубин общий — 37,5 мкмоль/л, билирубин прямой — 7,5 мкмоль/л, билирубин непрямой — 30,0 мкмоль/л, тимоловая — 1,8, глюкоза — 5,7, АЛТ — 18,0. Анализ мочи без особенностей. В промывных водах желудка двукратно методом микроскопии мазка кислотоустойчивые бактерии (КУБ) не обнаружены. Методом посева МБТ также не обнаружены. При проведении УЗИ ОГК от 06.07.22 г. определены признаки осумкованного экссудата в левой плевральной полости. При рентгеномографическом обследовании от 05.07.22 г. определены склеротические изменения в S_{1-2} левого легкого. В левой плевральной полости — жидкость до V ребра и паракостально до III ребра.

Диагноз экссудативного плеврита слева туберкулезной этиологии выставлен на основании контакта с больным туберкулезом братом, удовлетворительной переносимости интоксикации, наличия экссудата в плевральной полости, положительной пробы Манту с 2 ТЕ. Был назначен первый режим химиотерапии.

Через месяц была проведена МСКТ ОГК:

После получения 88 доз ПТП были получены

данные о наличии изониазид-резистентного туберкулеза у старшего брата, который впоследствии умер. Решением консилиума от 06.10.2022 г. больному был назначен II режим химиотерапии. После получения 90 доз ПТП по II режиму ХТ проведено очередное рентгеобследование.

Больной проконсультирован фтизио-хирургом. Решением хирургической комиссии установлен диагноз: ВДТБ (внегочный) (07.22) тубэмпиема слева СВИЩ- МБТ- М- Резист+ (HE) Гист0 Кат.1.1 ког. 3 (2022). 01.02.23 г. пациенту проведена плеврэктомия слева. Во время операции удален «эмпиемный мешок», произведена частичная декорткация легкого. При микроскопическом исследовании операционного материала КУБ не выявлены. При патологогистологическом исследовании биоматериала определено гранулематозное воспаление с казеозным некрозом в центре с обширными полями разрастания гранулематозной ткани.

В послеоперационном периоде самочувствие удовлетворительное. Был продолжен II режим химиотерапии до 330 доз. Рентгенообследование проведено через пять дней после операции и в конце курса химиотерапии.

Подросток был выписан 7.06.2023 с диагнозом: ВДТБ (вл) (07.22) левосторонний экссудативный плеврит СВИЩ- МБТ0 М0 К0 РезистI+ (HE — контактного) Резист II- Гист0 Кат. 1.2 ког 3.2022 I ГДН Состояние после плеврэктомии слева (01.02.23) Гист+

Анализ данного клинического случая позволяет констатировать, что у ребенка заболевание протекало нетипично, так как отсутствовали жалобы не было выраженных клинических проявлений экссудативного плеврита, что и привело к формированию эмпиемы и консервативное лечение оказалось неэффективным.

Отсутствие ежегодной иммунодиагностики у данного пациента также не способствовало раннему выявлению туберкулеза. Заболеваемость контактных лиц в очагах туберкулезной инфекции определяется комплексом социальных, клинических и гигиенических факторов [8]. Особое значение имеет наличие резистентности микобактерий туберкулеза у больных в очаге туберкулезной инфекции, что значительно снижает эффективность лечения контактных лиц из данного очага индивидуальной работы с больными, направленной на повышение приверженности лечению, всеми врачами как общей лечебной сети, так и узкими специалистами, приводит к неэффективному лечению больных.

Заключение. Приведенный клинический случай является подтверждением того, что туберкулез органов дыхания протекает с поражением легочной ткани у детей 7–14 лет лишь в 43% случаев.

Для раннего выявления туберкулеза необходимо совершенствование работы в очагах туберкулезной инфекции на основе комплексной оценки случаев заболевания у детей и подростков.

Отсутствие ежегодной иммунодиагностики приводит к позднему выявлению и снижению эффективности консервативного лечения.

L.V. Lebed, L.V. Poddubnaya, S.M. Lepshina, M.A. Mindrul, O.V. Ataev

EXUDATIVE PLEURITIS IN A TEENAGER FROM THE FOCUS OF TUBERCULOSIS INFECTION

Abstract. *The article presents a clinical case of the development of tuberculous exudative pleurisy in a teenager from the focus of tuberculosis infection is presented. The decrease in the effectiveness of conservative treatment due to the presence of resistance of Mycobacterium tuberculosis to anti-TB drugs at the contact, late detection of tuberculosis in a teenager indicate the need to improve work in the foci of tuberculosis infection to prevent or early detection of tuberculosis.*

Key words: *tuberculosis, tuberculous pleurisy in children, focus of tuberculosis infection*

ЛИТЕРАТУРА

1. Овсянкина Е.С., Панова Л.В., Полуэктова Ф.А., Хитева А.Ю., Виечелли Е.А. Актуальные проблемы туберкулеза у подростков из очагов туберкулезной инфекции // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – Т. 96. – № 6 – С. 17–20.
2. Аксенова В. А., Леви Д. Т. Туберкулез у детей и подростков. Биопрепараты. Профилактика. Диагностика. Лечение. 2012. – Т. 44, № 1. – С. 22–27.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2017 г. N 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза.
4. В.А. Аксенова, Л.А. Барышникова, Н.А. Бармина, Е.М. Белиловский Методическое руководство «Профилактическая работа среди детей в очагах туберкулезной инфекции» Москва, 2023.
5. Аксенова В.А., Стерликов С.А., Белиловский Е.М., Казыкина Т.Н., Л.И. Русакова Л.И. Эпидемиология туберкулеза у детей/Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». 2019 г., N 1 - С. 8 - 36.
6. Карпина Н. Л., Васильева И. А., Скорняков С. Н., Краснов В. А. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного плеврита. – М., 2014. – 33 с.
7. Приказ Минздрава РФ №109 от 21.03.2003 года «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».
8. Мордык А.В., Пузырева Л.В. Основные факторы, определяющие заболеваемость туберкулезом контактных лиц в очагах инфекции // Туберкулез и болезни лёгких. – 2014. – № 1. – С. 9–13.