

Редкое проявление туберкулеза внелегочной локализации у ребенка раннего возраста (краткое сообщение)

О.К. Киселевич^{1,2}, К.Г.Пучков¹, О.В.Маслова¹,
О. Ф.Выхристюк²

¹Московский городской научно-практический
центр борьбы с туберкулезом, Москва
²РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

Туберкулез слюнных желез – весьма редкое заболевание. Развивается после попадания микобактерии туберкулеза (МБТ) из туберкулезных очагов, расположенных в различных органах, в слюнные железы. Специфическое поражение слюнных желез относят к наиболее трудно распознаваемым. Окончательное подтверждение этиологии заболевания основывается на цитологическом и бактериологическом исследовании материала, получаемого путем пункции той или иной железы и при гистологическом исследовании пораженной ткани. Обнаружение МБТ или специфических гранул с казеозным некрозом в центре делает диагноз абсолютно верным.

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, ранний возраст, туберкулез слюнных желез, диагностика.

A Rare Manifestation of Extrapulmonary Tuberculosis in an Early Aged Child (Short Report)

O.K. Kiselevich^{1,2}, K.G.Puchkov¹, O.V.Maslova¹,
O.F. Vykhrystyuk²

¹Moscow City Scientific and Practical Center
for Tuberculosis Control, Moscow
²Pirogov Russian National Research Medical
University

Tuberculosis (TB) of salivary glands is a very rare disease. It develops as Mycobacterium tuberculosis (MBT) reaches salivary glands from TB foci in different organs. Specific damage of the salivary glands are among the most difficult to recognize. Final confirmation of the etiology of the disease is based on cytological and bacteriological examination of material obtained by puncture of a gland, and by histological examination of affected tissue. Detection of MBT or specific granulomas with caseous necrosis in the center makes the diagnosis correct.

Keywords: extrapulmonary tuberculosis, early age, salivary glands tuberculosis, diagnostics.

Понятие «внелегочный туберкулез» включает формы туберкулеза различной локализации, кроме

туберкулеза органов дыхания. В детском возрасте внелегочные локализации туберкулеза встречаются чаще, чем у взрослых.

Для классификации туберкулеза внелегочной локализации используется Клиническая классификация туберкулеза внелегочных локализаций и МКБ-10. Она полно отражает клинические и морфологические аспекты и является основой для выбора оптимальных методов лечения и предусматривает регистрацию сочетанных туберкулезных поражений.

Диагностика внелегочных проявлений туберкулеза проводится поэтапно:

- выявляется первичный очаг туберкулезного поражения, в пределе минимальной анатомической единицы;
- выявляются органы и ткани, вовлеченные в патологический процесс и связанные с пораженным органом;
- выявляется поражение туберкулезом органа, окружающих тканей и систем и появление осложнений.

Туберкулез слюнных желез – весьма редкое заболевание. Развивается после попадания микобактерии туберкулеза (МБТ) из туберкулезных очагов, расположенных в различных органах, в слюнные железы. Пути распространения – лимфогенный и гематогенный, реже выводной проток. Нередко распространение идет из очага специфического воспаления из соседних областей и тканей. Это происходит при туберкулезе лимфатических узлов, расположенных в слюнной железе или рядом с ней.

По клиническому течению различают экссудативно-казеозную (ограниченную или диффузную) и продуктивно-склерозирующую (ограниченную или диффузную) формы.

Специфическое поражение слюнных желез относят к наиболее трудно распознаваемым. Окончательное подтверждение этиологии заболевания основывается на цитологическом и бактериологическом исследовании материала, получаемого путем пункции той или иной железы и при гистологическом исследовании пораженной ткани. Обнаружение МБТ или специфических гранул с казеозным некрозом в центре делает диагноз абсолютно верным.

Под нашим наблюдением находился мальчик М., 2,5 мес, с диагнозом: Туберкулез периферических лимфатических узлов шейной, подчелюстной групп справа. Туберкулез околоушной слюнной железы справа, МБТ (+) люминесцентным методом.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды путем кесарева сечения, масса при рождении 2980 г, рост 48 см. С рождения на искусственном вскармливании.

Фтизиатрический анамнез. Вакцинирован БЦЖ в родильном доме, папула в месте введения вакцины 4 мм. Контакт с больной туберкулезом бабушкой (инфильтративный туберкулез легких, МБТ (+)) сразу после выписки из роддома в течение недели. По контакту впервые мальчик осмотрен фтизиатром в возрасте 10 дней. Назначено обследование (постановка пробы Манту с 2 ТЕ и постановка пробы с алергеном туберкулезным рекомбинантным – диаскинтест), превентивное лечение двумя препаратами (изониазид, пиразинамид). Родители на обследование не явились, лечение не проводили.

В возрасте 2 мес находился на лечении в ЛОР отделении ДГКБ №13 им. Филатова с диагнозом: Правосторонний острый средний гнойный отит, невралгия лицевого нерва справа. Подчелюстной

и шейный лимфаденит справа. Проведена микроскопическая ревизия барабанной полости справа под общим обезболиванием. Получал антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия. Повторно консультирован фтизиатром, проведено обследование: реакция на пробу Манту с 2ТЕ – 10 мм, диаскинтест – 8 мм. На компьютерной томографии картина левостороннего аксиллярного лимфаденита. Интраторакальные лимфоузлы не увеличены. Заключение фтизиатра: Семейный туберкулезный контакт. Ранний период первичной туберкулезной инфекции. Туберкулезная интоксикация. Назначена превентивная терапия: фтивазид, пиразинамид. Рекомендовано проведение стационарного дообследования и проведения лечения.

При поступлении в стационар МНПЦ борьбы с туберкулезом в возрасте 2,5 мес, масса тела – 5300 г, рост – 54 см.

Status localis. На боковой поверхности шеи справа – опухолевидное образование с четкими контурами – 2,5×3,0 см. Плотное, с кожей и окружающими тканями не связано, ограничено подвижное, безболезненное, флюктуации нет. Назначена противотуберкулезная терапия тремя препаратами: изониазид, пиразинамид, рифампицин.

Проконсультирован ЛОР-врачом: правосторонний рецидивирующий гнойный средний отит, течение. Шейный лимфаденит.

В анализе отделяемого из уха кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) не обнаружены, скудный рост *Staphylococcus haemolyticus*, устойчивый к кларитромицину. В мазке отделяемого из уха – кокковая флора, клетки эпителия, нейтрофилы. По рекомендации консилиума врачей, выполнена открытая биопсия шейных лимфоузлов для решения вопроса об этиологии процесса.

Молекулярно-генетическое исследование материала методом ПЦР: Обнаружена ДНК *Mycobacterium tuberculosis complex*, дифференцированная как *M. tuberculosis*. В содержимом лимфатического узла методом люминесцентной микроскопии: обнаружены КУМ+.

Диагноз: Туберкулез периферических лимфатических узлов шейной, подчелюстной групп справа.

Назначено противотуберкулезное лечение по I режиму: комбинация из 4 препаратов: изониазид 15 мг/кг *per os*, пиразинамид 25 мг/кг *per os*, рифампицин 12 мг/кг *per rect.*, этамбутол 20 мг/кг *per os*.

В посевах содержимого лимфатического узла выявлен рост *M.tuberculosis complex++*, культура МБТ чувствительна ко всем препаратам.

Через 1 месяц от начала лечения (возраст 3,5 мес) в анализе мазка из зева методом посева выявлен рост *M. tuberculosis complex++*, культура МБТ чувствительна ко всем препаратам.

УЗИ шейной и подчелюстной области справа: выявлено умеренное увеличение околоушной слюнной железы справа. На фоне ее структуры – гипохромные неоднородные очаги за счет наличия кальцинатов.

Диагноз уточненный: Туберкулез множественных локализаций. Туберкулез периферических лимфатических узлов шейной, подчелюстной групп справа. Туберкулез околоушной слюнной железы справа МБТ (+).

Лечение было продолжено по первому режиму – интенсивная фаза 4 препаратами.

Контрольное обследование КТ выявило увеличенные правые подчелюстные лимфоузлы, неоднородной структуры за счет жидкого кazeоза и кальцинатов. Правая околоушная слюнная железа увеличена, с признаками воспалительных изменений. В структуре железы видны мелкие кальцинаты. Барабанная перепонка втянута. Барабанная полость заполнена патологическим содержимым, слуховые косточки расположены в нем, не изменены. Частичный блок костного устья слуховой трубы.

Бактериовыделение прекратилось через 3 мес от начала лечения. Ребенок получал лечение по интенсивной фазе до 4 мес. Затем, фаза продолжения лечения: изониазид 15 мг/кг *per os*, пиразинамид 25 мг/кг *per os*, этамбутол 20 мг/кг *per os*.

КТ органов грудной клетки, шеи и черепа возраст ребенка в возрасте 10 мес (8 мес лечения): барабанная перепонка втянута. Барабанная полость частично заполнена патологическим содержимым, в котором расположены слуховые косточки. Слуховые косточки не изменены. Положительная динамика.

Данный клинический пример демонстрирует редкое проявление туберкулеза у ребенка раннего возраста.

Литература

1. Туберкулез у детей и подростков / Под. ред. В.А. Аксеновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 272. / Tuberkulez u detej i podrostkov / Pod. red. V.A. Aksenovej. M.: GJeOTAR-Media, 2007; 272. [in Russian]
2. Кошечкин В.А. Фтизиатрия: Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 304. / Koshechkin V.A. Ftiziatrija: Uchebnik. M.: GJeOTAR-Media, 2016; 304. [in Russian]
3. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / Под ред. Ю.Н. Левашева, Ю.М. Репина. СПб.: ЭЛБИ-СПб. 2006; 520. / Rukovodstvo po legochnomu i vnelegochnomu tuberkulezu / Pod red. Ju.N.Levasheva, Ju.M. Repina. SPb.: JeLBI-SPb. 2006; 520. [in Russian]

Сведения об авторах:

Киселевич Ольга Константиновна – к.м.н., доцент кафедры фтизиатрии, РНИМУ им. Н.И.Пирогова, врач-фтизиатр МНПЦ борьбы с туберкулезом («Детское отделение»);
Пучков Константин Геннадьевич – д.м.н., профессор, заместитель главного врача по детству МНПЦ борьбы с туберкулезом, Москва