

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ, ПУБЛИЦИСТИКА

Галиева Р.Ш.

ӨСПҮРҮМДӨР АРАСЫНДАГЫ КУРГАК УЧУК

Обзордук статья

Галиева Р.Ш.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ

Обзорная статья

R.Sh. Galieva

TUBERCULOSIS IN TEENAGERS

Review article

УДК: 616 – 002.5 – 053.5

Бул макалада өспүрүм жаштагы кургак учук маселесинин манилүүлүгү чагылдырылган. Кургак учук оорусу өспүрүмдөр арасында, жаш балдарга караганда көбүрөөк кездешет. Кургак учук өспүрүмдөрдө бир кыйла оор өтөт, аларда өтүшкөн, жугуштуу түрү, өпкөдө көңдөйчө жана жайылуу таркаган түрү көп кездешет. Буга анатомо-физиологиялык өзгөчөлүктөрү түрткү берет. Өспүрүм курагында кургак учуктун көп түрдүү өтүүсү байкалат – биринчи жугузуудан экинчи кургак учук дартына чейин. Кургак учукту аныктоодо негизги жолу – флюорография болуп саналат. Маанилүү патогенетикалык дарылоо жолу бул психологиялык коррекция.

Негизги сөздөр: кургак учук, актуалдуулук, өспүрүмдөр, өзгөчүлүгү, аныктоо, психология, коррекция.

В статье отражена актуальность проблемы туберкулеза в подростковом возрасте. Заболеваемость туберкулезом подростков в несколько раз больше, чем у детей. Туберкулез у подростков протекает более тяжело, у них чаще наблюдаются осложненные формы, бактериовыделение, распад и обсеменение легочной ткани. Этому способствуют их анатомо – физиологические особенности. На подростковый возраст приходится самое многообразное проявление туберкулезной инфекции – от первичного инфицирования до заболевания вторичным туберкулезом. Основным методом выявления туберкулеза у них является флюорография. Важным методом патогенетической терапии является психологическая коррекция.

Ключевые слова: туберкулез, актуальность, подростки, особенности, выявление, психология, коррекция.

The article reflects the urgency of the problem of tuberculosis in adolescence. The incidence of tuberculosis in adolescents is several times greater than that of children. Tuberculosis in adolescents is more severe, they often have complicated forms, bacterial excretion, disintegration and seeding of lung tissue. This is facilitated by their anatomical and physiological characteristics. At adolescence, there is a very diverse manifestation of tuberculosis infection - from primary infection to disease with secondary tuberculosis. The main method of detecting tuberculosis in them is fluorography.

An important method of pathogenetic therapy is psychological correction.

Key words: tuberculosis, urgency, adolescents, features, detection, psychology, correction.

Актуальность. В настоящее время, в годы сложной эпидемиологической ситуации по туберкулезу, вопросы туберкулеза у подростков приобретают все большее значение.

Подростковый возраст – сложный период развития организма, отличающийся чрезвычайным разнообразием и неустойчивостью взаимоотношений основных физиологических систем. L. Aschoff с соавт. (1921г.) впервые ввели термин «пубертатная фтиза» – форма туберкулеза, свойственная только юношескому возрасту. В.Д. Маркузон (1934г.) указывал, что в подростковом возрасте имеет место переход от первичного периода туберкулеза ко вторичному и потому нередко обнаруживаются черты обоих периодов. Автор предлагал выделить особый «юношеский тип» течения туберкулеза. В 1933 году В.Г. Штефко подробно описал патанатомию туберкулеза легких в подростковом возрасте, для которой, по его мнению характерна эксудативность реакции с творожисто-пневмоническими изменениями, нередко – с распадом и образованием каверн. Автор, как одну из особенностей, отмечал участие в процессе всего лимфатического аппарата [1].

Заболеваемость подростков в 2-3 раза выше, чем у детей. В Кыргызской Республике показатели подтверждают актуальность этого вопроса. Так, по статистическим данным Национального центра фтизиатрии за 2016 год показатель заболеваемости туберкулезом детей составил 20,8 на 100 тыс. детского, а подростков – 78,4 на 100 тыс. подросткового населения, при общей заболеваемости 91,3 на 100 тыс. населения. Разница показателей заболеваемости у детей и подростков особенно выражена за последние несколько лет, что наглядно отражено на рис.1.



Рис.1. Заболеваемость детей и подростков за 2005-2016 гг. в Кыргызской Республике (на 100 тыс. детского/подросткового населения)

Туберкулез у подростков протекает более тяжело, у них чаще наблюдаются осложненные формы, бактериовыделение, распад и обсеменение легочной ткани [1, 2, 3, 4].

Этому способствуют их анатомо-физиологические особенности, характеризующиеся ростовым скачком в физическом развитии, лабильностью функции вегетативной и ЦНС (преобладание процессов возбуждения над торможением), резким изменением функции эндокринных желез в период полового созревания. Особенности соединительной ткани подростка (молодость, богатство клетками, бедность коллагеном) способствуют формированию экссудативных реакций, возникновению обширных деструктивных поражений легочной ткани, не повторяющихся в более зрелом возрасте [1, 5].

По напряженности процессов, протекающих в организме, подростковый возраст занимает в онтогенезе 2-е место после периода новорожденности. Состояние здоровья и развития подростка определяет здоровье индивидуума в последующие возрастные периоды [5].

При ухудшении эпидемиологической обстановки по туберкулезу, наиболее часто заболевают дети раннего возраста и подростки. При этом у них развиваются распространенные формы туберкулеза с наклонностью к прогрессированию.

Такие тяжелые формы заболевания, как туберкулезный менингит и диссеминированный

туберкулез чаще встречаются у детей раннего возраста и подростков, в связи с чем данные возрастные периоды относятся к "группам риска" по заболеванию туберкулезом. Кроме того, среди больных с осложненным течением процесса также чаще встречаются дети раннего возраста и подростки [2,3].

Факторы, способствующие развитию туберкулеза. Причинами высокой инфицированности МБТ и заболеваемости туберкулезом у детей и подростков на современном этапе является воздействие на организм ряда неблагоприятных факторов, способствующих развитию у них туберкулеза. При этом ведущими являются социальные (включающие миграцию, неблагоприятные социально-бытовые условия, неквалифицированный труд родителей, проживание в семьях социально-дезадаптированных, малообеспеченных, в том числе неполных и многодетных, и эпидемиологические (контакт с больными туберкулезом). Важно также определить медико-биологические (хронические заболевания, высокая инфицированность туберкулезной инфекции и другие) и генеалогические факторы: наличие мультифакториальных (МФЗ) или полигенных заболеваний у родителей (таких как алкоголизм, психические заболевания, язвенная болезнь, сахарный диабет и другие) [6,7, 8].

Наиболее тревожные показатели заболеваемости детей и подростков имеют место в очагах

туберкулезной инфекции, они превышают в 10 раз уровень общей заболеваемости населения [1, 6].

Выявление. Подростки, в силу своих поведенческих особенностей, не уделяют внимания своему здоровью и обращаются к врачу только при ярко выраженных клинических проявлениях заболевания (повышение температуры, кашель, выделение мокроты, кровохаркание), а эти симптомы появляются уже при тяжелых, распространенных процессах. В связи с этим подростковая группа населения требует к себе особого внимания и необходимости проведения мероприятий по раннему выявлению заболевания [1, 2, 3].

Основным методом выявления туберкулеза легких в этой возрастной группе является флюорографическое обследование. Поэтому подростковый возраст относится к декретированному контингенту, обязанному проходить ежегодные флюорографические обследования [8].

Туберкулинодиагностика, как диагностический метод, сохраняет свое значение при дообследовании подростков при наличии жалоб и рентгенологических изменениях, подозрительных на туберкулез, так как подавляющее большинство заболевших туберкулезом подростков имеет выраженные и гиперергические реакции на туберкулин, что обусловлено повышенной сенсibilизацией организма подростков на туберкулезную инфекцию.

В связи с тем, что у подростков выявляются распространенные и деструктивные формы, нередко с бактериовыделением, рекомендуется, наряду с флюорографией, проводить бактериоскопию мокроты при наличии клинических симптомов: кашель более двух недель, кровохаркание, боли в груди, ночные поты, субфебрильная температура, потеря массы тела, быстрая утомляемость, раздражительность [1].

Особенности туберкулеза у подростков. На подростковый возраст приходится самое многообразное проявление туберкулезной инфекции – от первичного инфицирования до заболевания вторичным туберкулезом [1, 2, 3, 4].

Течение первичного туберкулеза у подростков сходно с течением первичных форм у детей. Нередко первичные формы туберкулеза у подростков сопровождаются яркими параспецифическими реакциями в виде узловатой эритемы, ревматизма Понсе, фликтенулезного кератоконъюнктивита, полисерозита, гепатита, нефрита.

Вместе с тем не исключена возможность осложненного течения первичного туберкулеза, при котором наблюдаются формирование первичных каверн, обсеменение с образованием дочерних каверн, вовлечение в процесс периферических и брыжеечных лимфатических узлов. В этих случаях заболевание приобретает хронический характер. Первичные каверны могут полностью закрыться, но обратное развитие очагов первичного комплекса происходит в течение ряда лет.

Проявления заболевания, типичные для первичного периода туберкулезной инфекции: поражение лимфатических узлов, наличие параспецифических реакций, комбинируются с симптомами, характерными для вторичного туберкулеза (бронхогенное распространение, склонность к хроническому течению, формированию деструкций).

Среди подростков чаще болеют инфильтративным, реже – очаговым туберкулезом, туберкуломами, в единичных случаях – фиброзно-кавернозным туберкулезом. Вторичный туберкулез у подростков отличается склонностью к значительным инфильтративно-пневмоническим реакциям с образованием одиночных и множественных каверн и с последующим прогрессированием заболевания. Источником его развития являются верхушечные очаги, возникшие как ранние, так и поздние диссеминации в период первичного туберкулеза, или не вполне сформировавшиеся петрификаты в корнях легких.

Выявлены особенности течения инфильтративного туберкулеза у подростков. Определены три формы инфильтративного туберкулеза по генезу заболевания. Инфильтративный туберкулез вторичного генеза (68,0%), первичного генеза (21,1%) и инфильтративный туберкулез, развившийся на фоне незаконченного первичного туберкулеза при сохранении активности процесса во внутригрудных лимфатических узлах (10,9%) [1].

При вторичных формах (очаговый, инфильтративный, диссеминированный туберкулез) нередко обнаруживается увеличение внутригрудных лимфатических узлов. Такими изменениями характеризуется «юношеский туберкулез».

Туберкулез у подростков чаще развивается малосимптомно. Для деструктивного туберкулеза у подростков также характерны малая клиническая симптоматика в начале заболевания при наличии выраженных рентгенологических изменений, быстрое прогрессирование процесса, склонность к обсеменению (61%), высокая чувствительность к туберкулину (31% - гиперергические реакции).

Значительную проблему в последние годы составляет увеличение числа больных с распространенными прогрессирующими формами туберкулеза (инфильтративный туберкулез в фазе распада и двустороннего обсеменения, казеозная пневмония, ФКТ), а также лекарственно-устойчивый туберкулез [1, 4, 10].

При отсутствии полноценного лечения туберкулез может прогрессировать очень быстро, приобретая черты казеозной пневмонии («юношеская чахотка») [4].

В то же время компенсаторные возможности молодого организма при вовремя начатом лечении способствует хорошей динамике процесса и относительно быстрому выздоровлению.

При своевременной диагностике и полноценной терапии туберкулезный процесс у детей старшего

возраста и подростков подвергается сравнительно быстрому обратному развитию с образованием малых посттуберкулезных изменений.

Психологические аспекты подросткового возраста. Подростковый возраст богат драматическими переживаниями, трудностями и кризисами. В этот период складываются, оформляются устойчивые формы поведения, черты характера, способы эмоционального реагирования. Часто возникают проблемы, связанные как с заболеванием, так и с самим подростковым возрастом.

В доступной нам литературе стали появляться статьи, посвященные психологическим аспектам подросткового туберкулеза. Среди личностных характеристик отмечаются: эмоциональная нестабильность, возбудимость, сензитивность, чувствительность к психическим травмам, субъективно-подозрительное отношение к окружающим, деструктивное реагирование и низкий уровень волевой регуляции [11, 12, 13].

Нарушение психологического статуса является одним из патогенетических механизмов прогрессирования туберкулеза и наиболее тяжелые запущенные формы туберкулеза чаще возникают у лиц с декомпенсированным состоянием психики.

В связи с этим, немаловажное значение в процессе лечения имеет психологическое состояние больного, его отношение к болезни, к себе, к своему будущему, вера в выздоровление и т.п. С подростком, заболевшим туберкулезом, необходимо проводить психологическую работу, направленную на снятие тревожности, повышение настроения, веру в выздоровление, в будущее, профессиональную ориентацию. Эти методы психологической коррекции для больного имеют первостепенное значение, их должен проводить лечащий врач, родители, учителя.

Включение психотерапевтических мероприятий в комплекс лечения больных туберкулезом является методом патогенетического лечения больных. При этом психотерапия способствует более благоприятному течению основной болезни, а также излечивается не только туберкулезный процесс, но и устраняются нарушения эмоционально-волевой сферы, т.е. достигается полная реабилитация больных [11, 12, 13].

Заключение. Таким образом, подростки являются наиболее уязвимым по туберкулезу возрастом и многими авторами относятся к «группе риска» по туберкулезу. Заболеваемость туберкулезом подростков в несколько раз больше, чем детей. Туберкулез у подростков протекает более тяжело, у них чаще наблюдаются осложненные формы, бакте-

риовыделение, распад и обсеменение легочной ткани. Этому способствуют их анатомо-физиологические и психологические особенности. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости оптимизации противотуберкулезной работы среди подросткового контингента населения.

Список литературы:

1. Фирсова В.А. Туберкулез у подростков. – М., 2010. – 224 с.
2. Фирсова В.А. Особенности течения туберкулеза у подростков // Туберкулез и болезни легких. – 2012. – №1. – С. 19-25.
3. Фирсова В.А. // Проблемы туберкулеза. – 2001. № 1. – С. 55-58.
4. Русакова Л.И. Остропрогрессирующие формы легочного туберкулеза у подростков // Проблемы туберкулеза. – 2001. – № 1. – С. 31-33.
5. Румянцев А.Г., Панков Д.Д. Актуальные проблемы подростковой медицины. – М., 2002. – 16 с.
6. Овсянкина Е.С., Кобулашвили М.Г., Губкина М.Ф., и др. Факторы, определяющие развитие туберкулеза у детей и подростков. // Туберкулез и болезни легких. – 2009. – № 11. – С. 19–22.
7. Гончарова О.С., Сыгина Л.И., Кадыров А.С. Туберкулез среди мигрантов и результаты лечения впервые выявленных больных туберкулезом мигрантов в Кыргызской Республике. // Вестник КГМА. – 2015. – №4. – С. 116-119.
8. Karki T., Napoli C., Riccardo F. et all. Screening for Infections Diseases among Newly Arrived Migrantts in EU/EEA Countries-Varying Practices but Consensus on the Utility of Screening // Int J Environ Res Public Health. – 2014. – Oct. 21; 11 (10): 11004 – 14. Doi: 10.3390/ijerph 111011004.
9. О мерах по совершенствованию противотуберкулезной помощи населению в Кыргызской Республике: приказ МЗ КР № 670 от 27.11.2013.
10. Esentvalde G., Kuksa V., Leimane V., Latvia Reasons for multidrug resistant TB early relapses. // Absrats of 12 th ERS Annual Congres, 14-18 September, 2002. Stockholm, Sweden. – С. 23.
11. Ахтямова А.А., Золотова Н.В., Стрельцов В.В. и др. Психологические особенности больных туберкулезом органов дыхания подростков с различными характеристиками заболевания // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – № 1. – С.10-14.
12. Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Стрельцов В.В. и др. Психологические факторы патогенеза туберкулеза органов дыхания у детей и подростков // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – № 4. – С. 25-32.
13. Лукашова Е.Н., Игишева Л.Н., Копылова И.Ф. Психологические особенности больных туберкулезом подростков // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 1. – С. 39-41.