

УДК 616.24-002.5-003.2.036-071-08.037-053.2.001.5

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА
ХАРАКТЕРИСТИКА ОБМЕЖЕНОЇ ФОРМИ
ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ ТА СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ
ВИЗНАЧЕННЯ АКТИВНОСТІ СПЕЦИФІЧНОГО
ПРОЦЕСУ**

**Костроміна В. П., Стриж В. О., Білогорцева О. І.,
Симоненкова Н. В., Сіваченко О. Є., Речкіна О. О.,
Ярошук Л. Б., Ліскіна І. В.**

**Національний Інститут фізйатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського**

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10;

<http://www.ifp.kiev.ua>, E-mail:child@ifp.kiev.ua

Наприкінці минулого сторіччя спостерігалось невинне зниження захворюваності туберкульозом. Тому в економічно розвинутих країнах сформувалась суспільна думка про ліквідацію туберкульозу, як масового захворювання, хоча в країнах, що розвиваються, захворюваність і смертність залишались високими.

Проблемі аспекти туберкульозу органів дихання залишаються сьогодні актуальними не тільки для фізйатрії, але й для педіатрії в цілому. Незважаючи на проведення масових профілактичних заходів, спостерігається погіршенням структури захворюваності дітей і підлітків [1]. У структурі вперше виявленого туберкульозу органів дихання у дітей старшого віку та підлітків переважає інфільтративна форма [2]. Інфільтративний туберкульоз у окремих випадках виникає на тлі первинного інфікування [3], більш часто занедужують діти з вогнищ туберкульозної інфекції [4].

За мету дослідження обрано розробку пропозицій з удосконалення раннього виявлення обмеженої форми ІТЛ у дітей та запобігання розвитку поширених форм специфічного процесу на основі вивчення епідеміологічних, соціальних, медико-біологічних, клінічних, лабораторно-імунологічних і фотогістохімічних особливостей пацієнтів старшого дитячого та підліткового віку.

Матеріали і методи дослідження

Вивчення характеру перебігу обмеженої форми ІТЛ у дітей проводили шляхом відкритого рандомізованого клінічного дослідження на 55 дітях, хворих на ІТЛ, віком від 13 до 17 років. За віком хворих розподілили на 2 групи: I групу склали діти старшої вікової категорії (13 – 14 років) – 12 осіб, II групу – підлітки (15 – 17 років), 43 дитини. Набір пацієнтів виконувався з осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні захворювань органів дихання у дітей Національного Інституту фізйатрії і пульмонології АМН України в період 2000 – 2006 рр.

Згідно з наказом МОЗ України № 499 від 28.10.2003 “Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень”, обмеженою вважали форму ІТЛ, при якій поширеність ураження

становила 2 і менше сегментів, що визначалось рентгенологічно. Окрім рентгенологічного дослідження дітей обстежували з допомогою клініко-фізйальних, лабораторних загальноклінічних, біохімічних, імунологічних, мікробіологічних, ендоскопічних методів та фотогістохімічного дослідження венозної крові. Ретельно збирали анамнез і аналізували щорічну динаміку реакцій на туберкулін за пробою Манту з 2 ТО РРД-Л.

У клінічні випробування хворих включали за такими критеріями: хлопці та дівчата; вік до 17 років; наявність інфільтрату в межах не більше 2-х сегментів легень; вперше виявлені діти; оформлення інформованої письмової згоди батьків дітей на участь у дослідженні; здатність дитини або її опікуна (батьків) до адекватної співпраці в процесі дослідження.

Критерії виключення хворих із дослідження: наявність інфільтрату в легені розміром більше 2-х сегментів; захворювання нервової системи; бронхіальна астма; цукровий діабет; системні мікози; наявність декомпенсованих захворювань або гострих станів, які здатні вплинути на результати дослідження.

Критерії вибування пацієнта із дослідження: значне погіршення загального стану в період дослідження; прогресування специфічного процесу, необхідність хірургічного втручання; відмова дитини або її батьків від участі у дослідженні.

Половина обстежуваних дітей не мали скарг. Тому наявність та ступінь прихованої ендогенної інтоксикації встановлювали шляхом обчислення гематологічного показника інтоксикації (ГПІ) за формулою Я.Я. Кальф-Каліфа (1950) у модифікації В.С. Васильєва (1983) [5].

За співвідношенням відсоткового вмісту у периферичній крові лімфоцитів до сегментоядерних нейтрофілів визначали тип адаптаційної реакції організму, для чого обчислювали індекс адаптації (ІА). До хворих в стані “стресу” відносили пацієнтів із ІА меншим 0,3; з наявністю реакцій “тренування” – від 0,31 до 0,70; реакцій “підвищеної активації” – 0,71 і більше [6].

Імунологічне дослідження включало методики, викладені в методичних рекомендаціях К.Ф. Чернушенка та співавт. [7].

Фотогістохімічний тест на наявність та/або ступінь активності туберкульозного запального процесу проводився відповідно до патенту Е.І. Сулова зі співавт. [8].

Накопичення та зберігання матеріалів досліджень, їх статистична обробка виконувались за допомогою ліцензійних програмних продуктів у межах пакету Microsoft Office 1998, ліцензія Russian Academic OPEN NO LEVEL № 17016297 на персональному комп'ютері. Для перевірки нормальності розподілу ймовірностей використовували функцію NORMSAMP-1, яка вбудовується в середовище Microsoft Excel [9]. Достовірність відмінностей середніх значень показників у вибірках визначали шляхом обчислення t-критерію Ст'юдента (для залежних та незалежних

вибір). Різниця показників вважалась достовірною при значенні коефіцієнта вірогідності (p) 0,05 або менше.

Дане клінічне випробування проводилось у відповідності з діючим законодавством України, етичними принципами Хельсінської декларації.

Результати та їх обговорення

При аналізі віково-статевого складу обстежених дітей встановлено, що дітей віком 13-14 років було ($21,8 \pm 4,5$) %, в тому числі дівчат – ($66,7 \pm 8,0$)%, хлопців – ($33,3 \pm 5,3$) %; 15-17-річних – ($78,2 \pm 8,8$) %, дівчат і хлопців порівну. Тобто, переважали підлітки, хоча дівчата та хлопці захворювали однаково часто, незалежно від віку. Дослідні групи ідентичними були також за місцем мешкання – 2/3 дітей, як старшого, так і підліткового віку, проживали в містах, 1/3 – на селі. Вищий відсоток міських жителів зумовлений переважно фінансовими труднощами селян, що заважало приїхати до Інституту.

Більша частота захворювання серед підлітків зумовлена анатомо-фізіологічними особливостями – перебудовою систем гомеостазу, функціональною недостатністю резервів захисту, а в ряді випадків – агноз встановлювався в середньому через ($2,2 \pm 0,5$) міс. від моменту виникнення клінічних проявів захворювання. Хворих лікували в різних соматичних стаціонарах з приводу неспецифічних уражень бронхів та легень – бронхітів, пневмоній, еозинофільних інфільтратів тощо. До розвитку специфічного процесу 75,0 % дітей старшого віку та 32,6 % підлітків мали хронічні вогнища неспецифічної інфекції ($p < 0,05$), часто з рецидивуючим перебігом і тривалістю більше 3-х років (87,9 % осіб). Діти, які часто й тривало хворіли складали в I групі 58,3 %, у II групі – 27,9 % ($p < 0,05$).

У чверті пацієнтів, ($25,6 \pm 4,9$) %, низьким виявився також післявакцинальний протитуберкульозний імунітет: рубчик BCG не сформувався у 18,6 % підлітків II групи (серед дітей I групи таких не було), малі рубці (менше 4 мм) зустрічались в I групі у ($16,7 \pm 3,1$) % дітей, у II групі – в ($9,3 \pm 2,7$) %.

При поступленні в стаціонар 33,3 % дітей I групи та 48,8 % підлітків II групи не мали скарг. На наявність субфебрильної температури та кашлю звертали уваги лише 12,8 % підлітків. Внаслідок поглибленого опитування та збору анамнезу встановлено, що захворювання розвивалось поступово у 2/3 дітей. При зверненні за медичною допомогою підвищену температуру тіла мали 58,3 % дітей I групи та 30,2 % хворих II групи ($p < 0,05$); скаржились на кашель ($66,7 \pm 8,0$) % дітей I групи (сухий – 87,5 %, вологий – 12,5 %) та ($37,2 \pm 6,0$) % II групи (сухий – 81,3 %, вологий – 18,8 %), $p < 0,05$.

Прояви інтоксикаційного синдрому мали 66,7 % дітей старшого віку та 51,2 % підлітків ($p > 0,05$), що проявлялось слабкістю, швидкою стомлюваністю, пітливістю, зниженням апетиту, блідістю шкіри. Зміна тонів серця (послаблення або тахікардія)

вторинним генезом захворювання. Вторинний генез був заподіяний спізненим виявленням хвороби, оскільки ІТЛ у багатьох дітей встановлювався при активному зверненні за медичною допомогою – ($41,8 \pm 6,4$) % хворих. Обмежена форма ІТЛ у дітей I групи також достовірно частіше виявлялась шляхом звернення, проте у підлітків (II група) – при профілактичному обстеженні.

Слід звернути увагу на низьку частоту виявлення ІТЛ шляхом туберкулінодіагностики: I група – ($16,7 \pm 3,1$) %, II група – ($4,7 \pm 1,6$) %, $p < 0,05$. Разом із тим на момент діагностики туберкульозу чутливість до туберкуліну мали ($92,7 \pm 9,6$) % хворих – переважали нормергічні реакції діаметром 5 – 16 мм (67,3 %), серед яких тестів помірної інтенсивності (з діаметром інфільтрату 10 – 14 мм) було 48,7 %, слабо позитивних (5 – 9 мм) – 27,0 %, виражених (15 – 16 мм) – 24,3 %. Гіперергічні проби реєструвались у 2,5 %. Туберкулінонегативних виявлено 7,2 %, що більше, ніж вдвічі порівняно з доепідемічним періодом, коли зустрічалось таких дітей не більше 3,0 %. Крім того, туберкулінодіагностика проводилась нерегулярно більше, ніж у половини осіб, що не давало підстав для встановлення “віражу”.

Необхідно відмітити, що правильний ді спостерігалась у 25,0 % дітей старшого віку та 7,0 % підлітків ($p < 0,05$). Причому наявність зазначених симптомів більшості пацієнтів пояснювали складним учбовим процесом і не пов'язували з хворобою.

Фізикальні дані над легеньми у обстежуваних груп пацієнтів не мали характерних рис. Вкорочення перкуторного тону спостерігали лише в 16 – 17 % дітей в кожній групі. Аускультативні зміни, переважно у вигляді жорсткого (двобічно) або послабленого (локально над місцем ураження) дихання мали в I групі 33,3 % хворих (в 1 дитини або 8,3 % – вологі хрипи над верхівкою правої легені); у II групі – в 25,6 % пацієнтів (в 2-х випадках або 4,7 % – дифузні сухі або поєднано сухі й вологі хрипи), $p > 0,05$. Отже, при обмеженій формі ІТЛ перкуторно-аускультативних змін над легеньми не було: в I групі у 66,7 % хворих, у II групі – у 72,1 % пацієнтів ($p > 0,05$), що необхідно враховувати при проведенні диференційної діагностики туберкульозу та інших запальних процесів у легень.

Перебіг обмеженого ІТЛ у 12,7 % (I група – 25,0 %, II група – 9,3 %, $p < 0,05$) пацієнтів супроводжувався такими ускладненнями, як плеврит, ураження крупних бронхів, субателектаз та дисемінація.

Топографію ІТЛ встановлювали при інтерпретації рентгенологічної картини. Туберкульозні інфільтрати локалізувались переважно у верхніх частках у легень: I група – 75,0 %, II група – 81,4 % випадків; із них – у 2 дітей I групи або 16,7 % були відсіві бронхогенного характеру в іншу легеню. Незалежно від віку спостерігалось більш часте ураження верхньої частки правої легені, ніж лівої: I група – в 3,5 рази, II група – в 1,7 рази. У хворих I групи нижня частка правої легені уражалась вдвічі частіше, ніж у дітей II групи, а верхня частка лівої легені – у 1,7 рази рідше у ($p < 0,05$).

Розподіл обстежених дітей за характером встановлювали при рентгенологічному обстеженні інфільтрату в легенях, а також фази процесу, дітей (таблиця 1).

Таблиця 1 – Характеристика обстежених дітей обох вікових груп за фазами специфічного процесу (M ± m) %

Групи хворих	Фази ТБ процесу			
	Тільки інфільтрація	Розпад	Дисемінація	Розпад поєднано з обсіменінням
I, n = 12	50,0 ± 6,9	8,3 ± 2,3	16,7 ± 3,7	25,0 ± 4,7
II, n = 43	60,5 ± 7,7	32,6 ± 5,4 *	0 ± 13,6	7,0 ± 1,6 *

Примітка. * – Достовірна відмінність показника порівняно з I групою (P < 0,05).

Як видно з таблиці 1, у більшості дітей обох груп процес у легенях був представлений лише інфільтративними змінами. Фаза розпаду виникала майже в 4 рази частіше в підлітковому віці, а у поєднанні з обсіменінням була більш характерною для пацієнтів молодшого віку (P < 0,05).

Серед всіх випадків виявлення круглих інфільтратів (I група – 66,7 %, II група – 67,4 %) уражались переважно 1-й або 2-й сегменти (87,5 % та 51,7 % відповідно, p < 0,05), рідше – 3-й, 6-й та 10-й. Причому процес локалізувався в межах одного сегменту. При хмароподібному інфільтраті переважало ураження 2-х сегментів (I група – 33,3 %, II група – 32,6 %) – частіше 3-го та 6-го в осіб I групи, 1-го та 2-го у хворих II групи.

Абсолютним діагностичним критерієм активного туберкульозу є наявність бактеріовиділення. Проте частота виявлення мікобактерій у обстежуваних дітей та підлітків була невисокою: I група – 3 дітей або (25,0 ± 4,3) %, в тому числі 1 випадок – скопія, 2 – посів; II група – 7 осіб (16,3 ± 3,8) %, у тому числі – 2 при скопії, 5 шляхом посіву (p > 0,05).

Порівняльний аналіз показників загального аналізу крові показав, що в кожній групі 17 – 20,0 % дітей мали лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом лейкоцитарної формули. Відсоток сегментоядерних нейтрофілів у дітей старшого віку, порівняно з

підлітками, був нижчим на 8,4 % (p < 0,05). Моноцитоз мали в I групі (25,0 ± 4,3) % дітей, у II групі – (9,3 ± 2,7) % пацієнтів (p < 0,05); підвищену ШОЕ – (41,7 ± 6,1) % та (32,6 ± 5,6) % хворих відповідно (p > 0,05), причому середня ШОЕ, незалежно від віку, становила тільки (11,7 ± 3,8) та (8,2 ± 1,2) мм (p > 0,05). Вираженість ендогенної інтоксикації вивчали за показника ЛШ та ГШ, які склали в I групі – (5,7 ± 0,6) ум. од., у II групі – (7,7 ± 0,7) ум. од. при p < 0,05. Реакції адаптації, незалежно від віку, у 80,0 – 83,0 % хворих на обмежену форму ІТЛ, характеризувались напруженням.

За більшістю показників імунологічного дослідження суттєвої різниці між групами не виявлено. Відмічено лише активацію гуморальної ланки, про що свідчив більш високий рівень CD22+ у пацієнтів I групи та титр протитуберкульозних антитіл (ПТА) у осіб II групи. Так, середні значення CD22+ склали (36,5 ± 4,9) % проти (21,2 ± 1,4) %, а титри протитуберкульозних антитіл – (0,1 ± 0,06) ум. од. проти (0,3 ± 0,04) ум. од. відповідно (p < 0,05 для кожного показника) при нормі (0,2 ± 0,02) ум. од.

Внаслідок особливостей клінічних проявів туберкульозу у дітей (скудість бактеріовиділення) та вікових обмежень рентгенологічного навантаження, з метою встановлення наявності та/або активності специфічного процесу застосували фотогістохімічний метод (таблиця 2).

Таблиця 2 – Розподіл обстежених хворих на ІТЛ дітей обох вікових груп за характером фотогістохімічного тесту (M ± m) %

Групи хворих	Результати фотогістохімічного тесту		
	позитивний	слабопозитивний	негативний
I, n = 12	75,0 ± 8,6	16,7 ± 3,7	8,3 ± 2,3
II, n = 43	69,8 ± 8,3	23,3 ± 4,4	7,0 ± 1,6

Примітка. * – Відмінності між групами не виявлено (P > 0,05).

За даними таблиці 2 виходить, що активним ТБ був у 91,7 % пацієнтів I групи та у 93,1 % хворих II групи.

Таким чином, 25,6 % дітей з відсутністю протитуберкульозного імунітету та майже половина з відхиленнями у стані здоров'я або некурабельним

перебігом запального процесу в бронхо-легеневій системі, мали шанс вчасно отримати специфічну профілактику, щоб запобігти захворюванню.

Висновки

1. Туберкульоз у обстежених дітей і підлітків виникав при різній інтенсивності реакцій на 2 ТО туберкуліну

PPD-Л за пробую Манту, серед яких 67,3 % склали монотонні протягом декількох років нормергічні (діаметр інфільтрату 5 – 16 мм) реакції, а 7,2 % – негативні. Тому при інтерпретації результатів туберкулінодіагностики слід враховувати не лише характер і динаміку чутливості до туберкуліну, але й порівнювати отримані дані з наявністю факторів ризику: відсутність післяприщепних рубців BCG або їх розмір менше 4 мм, наявність контакту із хворим на активний туберкульоз (незалежно від наявності в нього бактеріовиділення), частоту й тривалість інтенсивних захворювань, хронічні вогнища неспецифічної інфекції тощо.

2. У хворих з обмеженою формою ІТЛ різного віку встановлені відмінності в механізмах протизапальної та протиінфекційної відповіді: діти 14 років і молодші більш схильні до реакцій моноцитозу, а підлітки – до гранулоцитарних реакцій зі зростанням відсотку сегментоядерних нейтрофілів. Вже на ранніх етапах захворювання 53,9 % пацієнтів мали порушення адаптації на рівні підвищеної активації або стресу (4:1), що можливо використовувати як непрямий критерій відбору диспансерних контингентів інфікованих МБТ дітей, у тому числі й осіб з нормергічною реакцією на туберкуліну, для поглибленого обстеження з метою встановлення активності туберкульозного процесу.

3. Для визначення активності локального туберкульозу переважно значення має рентгенографія. Проте, для цілей диференційної діагностики інфільтративних змін у легенях, коли можливості туберкулінового тестування та стетоакустичного обстеження обмежені, доцільно застосовувати фотогістохімічне дослідження периферичної крові. При наявності позитивного або слабкопозитивного результату слід запідозрити активний туберкульоз і скерувати хворого на дообстеження в спеціалізований стаціонар або диспансер.

Література

1. Инfiltrативный туберкулез легких у детей и подростков / Е.Н. Александрова, Е.Я. Потапова, Л.Ф. Жигина и др. // 13 национальный конгресс по болезням органов дыхания. – Санкт-Петербург, 2003. – Т. XLVIII. 5. – С. 264.
2. Байльдинова И.М. Особенности клинического течения инfiltrативного туберкулеза легких у подростков // Ассоциация научно-медицинских обществ фтизиатров. XI съезд врачей-фтизиатров: Сборник резюме. – Москва, 1992. – 122 с.
3. Фирсова В.А. Распространенные и прогрессирующие формы туберкулеза легких у подростков и эффективность их лечения / Ассоциация научно-медицинских обществ фтизиатров. XII съезд врачей-фтизиатров // Сборник резюме. – Саратов, 1994. – С. 67.
4. Байльдинова И.М. Особенности клинического течения инfiltrативного туберкулеза легких у подростков / Ассоциация научно-медицинских обществ фтизиатров. XI съезд врачей-фтизиатров // Сборник резюме. – Ташкент, 1992. – С. 122.

5. Дубов А.М., Мхитарян В.С., Трошин Л.И. Многомерные статистические методы. – М.: Финансы и статистика, 1998. – 352 с.

6. Достовалова О. В. Влияние физиобальнеотерапии на адаптационные возможности организма участников вооруженных конфликтов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2004. – 24 с.

7. Унифицированные иммунологические методы обследования больных на стационарном и амбулаторном этапах лечения: Метод. рекомендации / Е. Ф. Чернушенко, Л. С. Когосова, С. И. Гончарова и др. – К.: Здоровье, 1988. – 19 с.

8. Пат. 22351А Україна. МПК6 А 61 В 10/00, А 61 К 39/04, G01 N 33/48. Спосіб діагностики туберкульозу / Є.І. Сулов, Т.П. Підгаєвська, П.І. Чепіль, С.Д. Кузовкова, Л.Л. Григорович, С.М. Пленов (Україна). – № 97063149; Заявлено 26.06.1997, Опубл. 30.06.1998. – Бюл № 3 (1). – С. 3.1.30.

9. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – Киев: Марион, 2000. – 319 с.

УДК 616.24-002.5-003.2.036-071-08.037-053.2.001.5

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОГРАНИЧЕННОЙ ФОРМЫ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Костроміна В. П., Стриж В. А., Белогорцева О. И., Симоненкова Н. В., Сиваченко О. Е., Речкина Е. А., Ярошук Л. Б., Лискина И. В.

Изучены особенности ограниченной формы инfiltrативного туберкулеза легких в открытом рандомизированном клиническом исследовании 12 детей 13 – 14 лет (I группа) и 43 лиц 15 – 17 лет (II группа). Туберкулез у детей и подростков сегодня выявляется в основном при обращении за медицинской помощью на фоне разнообразной интенсивности реакций на пробу Манту, а в 7,2 % случаев – при отрицательном тесте. Уже на ранних этапах заболевания 53,9 % больных имеют дезорганизацию резервов адаптации в сторону повышенной активации или стресса (4:1), что необходимо учитывать во время профосмотров. С целью дифференциальной диагностики инfiltrативных изменений в легких целесообразно использовать фотогістохімічне исследование периферической крови.

УДК 616.24-002.5-003.2.036-071-08.037-053.2.001.5

КЛИНИКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБМЕЖЕНОЇ ФОРМИ ІНФІЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ ТА СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ АКТИВНОСТІ СПЕЦИФІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Костроміна В. П., Стриж В. О., Білогорцева О. І., Симоненкова Н. В., Сиваченко О. Є., Речкіна О. О., Ярошук Л. Б., Ліскіна І. В.

Вивчено особливості обмеженої форми ІТЛ шляхом відкритого рандомізованого клінічного дослідження серед 12 дітей 13 – 14 років (І група) та 43 осіб 15 – 17 років (ІІ група). Туберкульоз у дітей та підлітків сьогодні виявляється в основному при зверненні за медичною допомогою, при різній інтенсивності реакцій на пробу Манту, а в 7,2 % випадків – при негативному тесті. Вже на ранніх етапах захворювання 53,9 % хворих мають дезорганізацію резервів адаптації у бік підвищеної активації або стресу (4:1), що необхідно враховувати під час профоглядів. Для цілей диференційної діагностики інфільтративних змін у легенях доцільно застосовувати фотогістохімічне дослідження периферичної крові.

UDC 616.24-002.5-003.2.036-071-08.037-053.2.001.5
CLINIC AND EPIDEMIOLOGY OF THE SMALL
FORM INFILTRATIVE PULMONARY
TUBERCULOSIS IN CHILDREN AND MODERN
POSSIBILITIES OF DETERMINATION OF
SPECIFIC ACTIVITY

Kostromina V. P., Strizh V. O., Belogortseva O. I.,
Symonenkova N. V., Sivachenko O. Ye, Rechkina O.
O., Yaroschuk L. B.

The features of the limited form of ITL are studied by randomized controlled clinical research among 12 children 13 – 14 years old (I group) and 43 persons 15 – 17 years old (II group). Tuberculosis in children and teenagers today appears mainly at an appeal for medical help, at different intensity of reactions for a sample Mantoux, and in 7,2 p.s. of a negative cases test. On the initial stages of disease 53,9 p.s. patients had disorganization of backlogs of adaptation toward an overactivation or stress (4:1), that it is necessary to take into account during the reception of prophylactic medical care. For the aims of differential diagnostics of infiltrate changes in lights it is expedient to apply the photohistochemical research of peripheral blood.