**ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России**
**Кафедра фтизиатрии и пульмонологии**

# Туберкулез у подростка с иммунодефицитом (клинический случай)

**Лепшина С.М., Письменская А.С., Джафарова В.Р.**

**Республиканская научно-практическая интернет-конференция**
**«Актуальные вопросы заболеваний органов дыхания у детей»**

**20.11.2026 г.**

# Актуальность

- В настоящее время в России среди людей, живущих с ВИЧ, более 10 тысяч детей и подростков
- Для детей первых лет жизни основным фактором риска заражения является рождение от ВИЧ-инфицированной матери
- В настоящее время прослеживается тенденция к росту удельного числа женщин фертильного возраста в структуре инфицированных ВИЧ, что обуславливает ежегодный прирост числа детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, несмотря на значительные успехи в профилактике передачи вируса от матери к ребенку
- Для детей подросткового возраста пути передачи такие же, как и у взрослых - половые контакты с больными ВИЧ-инфекцией и внутривенное употребление психоактивных веществ
- Для детей всех возрастных групп возможными путями инфицирования являются переливание крови и ее препаратов и использование контаминированного ВИЧ медицинского инструментария *



*Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у детей», 2024 г., Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции

# Актуальность

- Туберкулез у пациентов с ВИЧ-инфекцией является наиболее частым вторичным заболеванием и основной причиной летального исхода

- В клинической структуре впервые выявленного туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией по сравнению с детьми без ВИЧ-инфекции чаще встречаются

  - диссеминированные формы туберкулеза (39,1% против 1,9%),
  - туберкулезный менингоэнцефалит (4,9% против 0,4%)

- Клинические проявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей характеризуются выраженными симптомами интоксикации и нетипичным началом

- Среди детей с ВИЧ-инфекцией и генерализованными/сочетанными формами туберкулеза статистически значимо чаще встречаются дети, имеющие неблагоприятные факторы:

  - отсутствие диспансерного наблюдения по ВИЧ-инфекции,
  - отсутствие АРТ или ее прерывание *



*«ВИЧ-инфекция, ассоциированная с туберкулезом у детей», Агрич В.В. Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции у детей» Материалы конференции - СПб.: «Человек и его здоровье», 2024 г. – 113 с.

# Клинический случай

- **Больная Б., 17 лет**

- **Жалобы:**
  - повышение температуры тела до 39-40°С
  - опухолевидные образования в подмышечной области, передней поверхности грудной клетки, боковой и задней поверхности шеи
  - общая слабость

- **Анамнез жизни:**
  - родилась в г. Мариуполь
  - со слов матери, росла и развивалась согласно возрасту (амбулаторная карта утеряна)
  - в семье 5 детей
  - в 2012 г. сожитель матери умер от туберкулёза, цирроза печени
  - мать больна ВИЧ-инфекцией

# Клинический случай

- **Анамнез заболевания:**
  - заболела в конце марта 2026 года, когда появилось опухолевидное образование в подмышечной области справа
  - обратилась РДКБ, где установлен диагноз - аденофлегмона
  - 02.04.2026 прооперирована
  - однако сохранялась лихорадка до фебрильных цифр, нарастали явления интоксикации, потеряла в весе более 3 кг, появилось увеличение лимфоузлов передней грудной стенки, боковой поверхности шеи справа
  - консультирована фтизиатром РКТБ, госпитализирована в детское отделение

# Клинический случай

- **Объективно:**
  - состояние средней степени тяжести
  - Т тела – 38,2°С
  - астенического телосложения, пониженного питания: рост – 155 см, масса тела – 40 кг, ИМТ – 16,6
  - на месте удалённых лимфоузлов углубления и послеоперационные рубцы с прозрачным отделяемым
  - на пальцах рук проявления контагиозного моллюска
  - костно-мышечная система без видимой патологии
  - перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное, ЧДД – 18/мин
  - живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки
  - проекция почек визуально не изменена. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание не нарушено (со слов)

# Клинический случай





# Клинический случай

➢ **Обследована:**

- Микроскопия мокроты на КУМ с окраской по Цилю-Нильсену: отр.
- ПЦР «Амплитуб-РВ»: ДНК МБТ обнаружена
- Посев мокроты: рост +
- ТЛЧ (мокрота): уст. к HRE
- ТЛЧ (отделяемое из л/у): уст. к HR Lfx Mfx

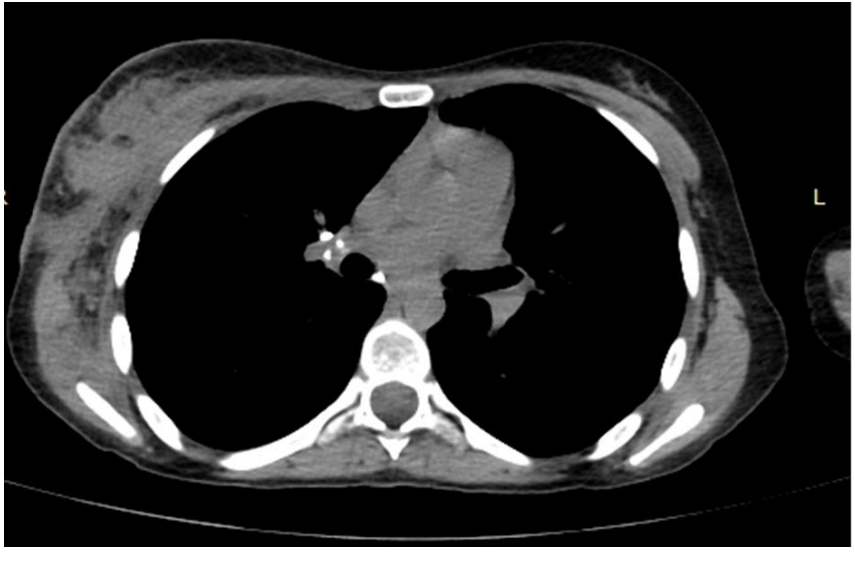
- ИФА на ВИЧ: обнаружены АТ к ВИЧ
- CD4+: 22,0 L (4,2%)
- ВН: 85 РНК-копий/мл

- ОАК: анемия легкой степени тяжести, лейкопения, абсолютная лимфопения (АЧЛ 0,54 г/л), повышение СОЭ
- ОАМ: в пределах нормы

# Клинический случай

- **Обследована:**

СКТ ОГК и ОБП: Лёгкие без патологических изменений. В средостении лимфоузлы до 7,5 мм, в т.ч. петрифицированные; паратрахеальные до 2-4,4 мм. Лимфоузлы в правом корне от 2 до 5,8 мм в диаметре, бифукарционные 2-4,8 мм. Единичные лимфоузлы в воротах печени





# Клинический случай

➢ **Установлен диагноз:**

• ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний (4В), фаза прогрессирования (CD4+ 22 кл./мкл), на АРТ
• Туберкулёз ВГЛУ, МБТ+ (ПЦР+ К+ МЛУ (HRE)), туберкулёз периферических лимфоузлов (подмышечных, передней грудной стенки, боковой поверхности шеи справа), МБТ+ (пре-ШЛУ HR Lfx Mfx), впервые выявленный. ГДН 1

Начато лечение по режиму пре-ШЛУ ТБ: Bq Lzd Cs Dlm Z
Через 2 недели назначена АРТ

Наблюдается положительная клиническая динамика

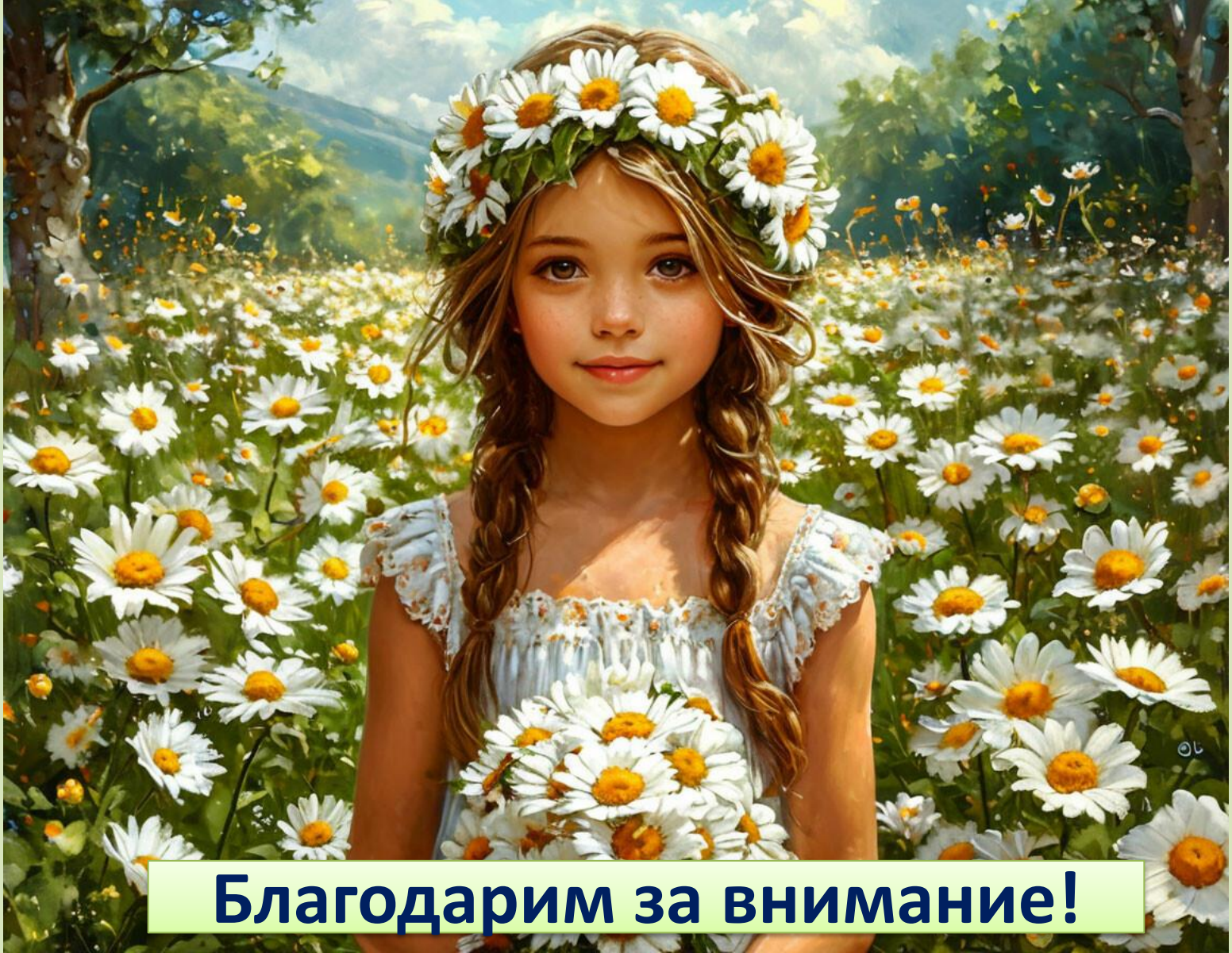
# Выводы

- При увеличении периферических лимфатических узлов у подростков необходимо проведение дифференциальной диагностики с туберкулезом

- Наблюдение детей с ВИЧ-инфекцией требует комплексного мультидисциплинарного подхода

- Профилактика инфекционных заболеваний у детей с положительным ВИЧ-статусом и своевременная постановка диагноза позволяют избежать осложнений и добиться излечения




Благодарим за внимание!