

результат. Положительные реакции на ДСТ в данной группе были у 2 (8,6%) пациентов.

При проведении пробы с ДСТ в группе детей с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью у большинства — 148 (76,4%) — результат отмечен как отрицательный. Сомнительный результат ДСТ выявлен у 22 (11,3%) детей, положительный — у 22 (11,3%), гиперергическая реакция — у 2 (1,0%). При проведении пробы с ДСТ в группе подростков с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью у 47 (72,3%) человек результаты были отрицательные, у 12 (18,4%) — сомнительные, у 6 (9,2%) — положительные. На диаскинтест гиперергической чувствительности не было ни у одного подростка.

Исследованы дети и подростки с поствакцинальной аллергией на БЦЖ, в том числе и на ревакцинацию БЦЖ. При проведении пробы с ДСТ у детей дошкольного возраста с поствакцинальной аллергией положительных результатов не отмечено, у 3 (1,4%) результат расценен как сомнительный. У детей школьного и подросткового возраста в 100% случаев отмечен от-

рицательный результат ДСТ. Из числа детей (6 человек), перенесших первичные формы туберкулеза, ДСТ в 5 случаях (83,3%) показал гиперергическую реакцию и в одном случае (16,7%) — выраженную положительную реакцию, реакции на пробу Манту 2 ТЕ были положительными: слабopоложительные — у 4 (66,7%) и средней интенсивности — у 2 (33,3%) человек. У всех подростков, перенесших ТВГЛУ, и по пробе Манту, и по ДСТ результаты были положительные, а в 3 (60,0%) случаях с ДСТ была гиперергическая реакция. Реакции на пробу Манту 2 ТЕ были: слабopоложительными — 4 (80,0%) и средней интенсивности — 1 (20,0%) без гиперергии.

Выводы. Постановка внутрикожной пробы с ДСТ позволяет четко выделить группы детей и подростков с высоким риском заболевания туберкулезом. Сравнительный анализ результатов проведения пробы Манту с 2 ТЕ и с диаскинтестом у детей и подростков показал, что при использовании ДСТ значительно сокращается число детей с положительными результатами, подлежащих обследованию у фтизиатра.

Особенности клинического течения туберкулеза у детей с разными фенотипами дисплазии соединительной ткани

З.В. Нестеренко^{1, 2}, Т.А. Хижняк³

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет;

² Луганский государственный медицинский университет;

³ Областной противотуберкулезный диспансер, г. Луганск

Ведение. Высокий уровень заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков в Украине, высокая частота проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в популяции, изменение клинических симптомов туберкулеза вызывают необходимость тщательного изучения особенностей проявления туберкулеза у детей и подростков, имеющих симптомы ДСТ.

Цель. Изучить особенности клинического течения туберкулеза у детей и подростков с ДСТ.

Материал и методы. Обследовано 80 детей и подростков с различными проявлениями туберкулезной инфекции (ТИ) в возрасте до 18 лет. Возрастные группы сформированы следующим образом: 1-я — дети до 3 лет (n=6); 2-я — 4–7 лет (n=34); 3-я — 8–12 лет (n=28); 4-я — 13–15 лет (n=7); 5-я — подростки старше 15 лет (n=5). ДСТ и фенотипические варианты ДСТ диагностированы согласно принятым критериям.

Результаты. Туберкулезная инфекция у обследованных пациентов была представлена следующими клиническими вариантами: самой многочисленной

была группа детей 33 (41,3%), инфицированных туберкулезом (ИТ); у 21 пациента (26,2%) имел место вираж туберкулиновой пробы (ВТП); у 14 больных (17,5%) — туберкулез внутригрудных лимфоузлов (ТВГЛУ). Вторичные формы туберкулеза представлены инфильтративной формой (ИФ) и очаговым туберкулезом (ОТ) у 5 человек (6,3%) в каждой из групп. Следует отметить, что вторичные формы — очаговая и инфильтративная — отмечены у детей 2-й и 3-й групп — у 4 (80%) и 3 (60%) соответственно. У детей с ТИ и ДСТ установлены следующие фенотипические варианты ДСТ: неклассифицируемый вариант (НКФ) имел место у большинства детей — у 41 пациента (51,2%); повышенная диспластическая стигматизация (ПДС) — у 16 пациентов (20%); элерсоподобный фенотип (ЭПФ) — у 15 (18,8%); марфаноподобный фенотип (МПФ) — у 6 (7,5%), не имели проявлений ДСТ 2 ребенка (2,5%).

Выявлено несколько клинических вариантов ТИ при различных фенотипах ДСТ. В группе НКФ: ИТ — 56,1%; ВТП — 13%; ТВГЛУ — 9,8%; ОТ — 2,4%. В группе

ПДС: ИТ — 50%; ВТП — 37,5%; ТВГЛУ — 12,5%. В группе ЭПФ: ТВГЛУ — 53,4%; ИФ — 20%; ОТ и ИТ — 13,8 и 13,3% соответственно. На фоне МПФ: ИТ — 66,7%; ОТ — 33,3%. Дети без признаков ДСТ имели ВТП. ТИ определена у 16 детей (20%) как активная. В группе с МПФ активный процесс отмечен в 83,3% случаев; с ЭПФ — в 60%; НКФ — в 7,3%. ТИ у детей с МПФ и ЭПФ протекала более длительно, хуже реагируя на лечение.

Выводы

1. Отмечено раннее проявление вторичных форм ТИ у детей с ДСТ во 2-й и 3-й группах.

2. Самая высокая степень активности ТИ отмечена у больных из группы МПФ; в 1,4 раза реже — у пациентов с ЭПФ; достоверно реже — в группе НКФ ($p < 0,001$).
3. При более выраженных проявлениях ДСТ (ЭПФ, МПФ) отмечены более высокие активность и тяжесть течения туберкулеза.
4. Фенотипическую градиацию ДСТ можно использовать в прогнозировании течения ТИ, учитывать при назначении терапии.

Новые подходы в лечении туберкулеза органов дыхания у детей из контакта с больным туберкулезом

Ю.Э. Овчинникова, Н.В. Корнева, А.А. Старшинова, И.Ф. Довгальюк

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

Введение. Показатель заболеваемости детей из контактов с бактериовыделителями в последние годы превысил заболеваемость в целом по России в 30 раз. Рост заболеваемости взрослых туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам привел к утяжелению клинических форм туберкулеза у детей. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза является одной из причин снижения эффективности лечения заболевания у детей, прежде всего из контакта с больным туберкулезом, который наблюдается в 60% случаев среди заболевших.

Цель. Определить новые подходы в лечении туберкулеза органов дыхания у детей из контакта с больным туберкулезом.

Материалы и методы. Проведен анализ эффективности терапии туберкулеза органов дыхания у 72 детей из контакта с больными туберкулезом, находившихся на обследовании и лечении в отделении детской фтизиатрии ФГБУ СПб НИИФ в 2010–2013 годах. Комплекс обследования включал: обзорную рентгенографию грудной клетки, многосрезовую компьютерную томографию, туберкулиновые пробы, диаскинтест, методы этиологической диагностики, в том числе ВАСТЕСМГИТ 960, РТ-ПЦР. По результатам обследования и сведениям о контакте пациенты разделены на 3 группы: I ($n=23$) — дети из контакта с бактериовыделителем с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам; II ($n=37$) — дети из контакта с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя;

III ($n=12$) — дети с бактериовыделением лекарственно-устойчивых штаммов МБТ. Терапия проводилась в соответствии с нормативными документами. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Microsoft Office World Excel 2007 с использованием непараметрических методов и статистической значимости различий по U-критерию Манна–Уитни. Различия считались значимыми при $p < 0,01$.

Результаты. У детей I и II групп преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в большинстве случаев — осложненное течение (60,9 и 94,6% соответственно). В III группе у большинства 8 (66,7%) детей был выявлен инфильтративный туберкулез легких, характеризующийся острым началом заболевания — у 10 (83,3%), выраженным интоксикационным синдромом — у 11 (91,7%) больных, двусторонней локализацией процесса с обсеменением, деструкцией легочной ткани — в 9 (75%) случаях.

Оценка динамики клинко-рентгенологических и лабораторных данных к окончанию 2 мес. терапии достоверных различий не выявила и расценена положительной у большинства: 16 (69,6%) — в I и 21 (56,8%) — во II группе ($\chi^2=0,984$, $p > 0,1$). На сроках середины фазы продолжения терапии статистически чаще отмечали положительную динамику на фоне I стандартного режима терапии в I группе — 15 (65,2%) по сравнению с 9 (24,3%) II группы ($\chi^2=9,883$, $p < 0,01$). Сохраняющиеся выраженные признаки активности туберкулезной инфекции у каждого второго ребенка — 27 (45%) I и II групп — диктовали необходи-