

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-

мость проведения коррекции терапии, в том числе с использованием препаратов резервного ряда с учетом чувствительности МБТ у источника заражения. У детей III группы с подтвержденным бактериовыделением МБТ устойчивость к препаратам 1-го ряда была установлена более чем в 60% случаев. При этом практически у всех пациентов была выявлена чувствительность возбудителя к фторхинолонам, ПАСК, циклосерину, что определило возможность использования их для эффективного лечения в рамках IV режима.

Обсуждение и выводы. Возможность эффективного использования I стандартного режима этиотроп-

ной терапии значительно выше у детей из контакта при выявлении источника заражения с сохраненной чувствительностью МБТ к противотуберкулезным препаратам. При наличии у ребенка контакта с больным МЛУ/ШЛУ туберкулезом для повышения эффективности лечения необходимо назначение препаратов с учетом чувствительности МБТ у источника заражения. Проведение интенсивной фазы терапии 6 мес. у детей с подтвержденным бактериовыделением приводит к абациллированию всех пациентов, однако сохранение деструктивных изменений в легочной ткани в половине случаев требует решения вопроса об оперативном лечении.

Сравнительная оценка и мероприятия по снижению детской заболеваемости туберкулезом в Камчатском крае

С.Б. Погорелова, Р.К. Валитов, И.И. Ванюкова, А.В. Громов

Камчатский краевой противотуберкулезный диспансер

Последнее десятилетие, с 2000 по 2010 г., ознаменовалось высоким темпом роста заболеваемости туберкулезом населения Камчатки, бурным развитием туберкулеза в системе УФСИН, формированием контингентов МЛУ-ТБ, проявлением первых ВИЧ-инфицированных. Территориальная заболеваемость в 2000 г. составила 78,9 с увеличением показателя за десятилетие более чем в 2 раза, детская — 107,6 (более чем в 8 раз), смертность — 11,6 с увеличением в 7,8 раза. Заболеваемость туберкулезом детей Камчатского края в возрасте 0–17 лет на протяжении многих лет остается достаточно высокой, с колебаниями в пределах от 60,8 в 2010 г. до 44,8 в 2013 г., превышая регистрируемую заболеваемость по ДФО на 50% и в 3 раза — общероссийскую. Но если анализировать заболеваемость только по Камчатской области с преимущественным проживанием пришлого населения, то в 2013 г. показатель составил 8,3 на 100 тыс. населения, что ниже показателя по РФ и ДФО. Но, к сожалению, показатели по Корякскому округу превышают среднефедеративные в десятки раз. Например, в 2013 г. детская заболеваемость по Корякскому округу составила 569,4 (2012 г. — 324,3), в том числе по Пенжинскому району — 1553,7 случая на 100 тыс. населения (абс. цифры — 11 детей). Детского туберкулезного санатория в Камчатском крае нет и никогда не было. Дети всегда оздоравливались в санаториях за пределами края. На сегодняшний день основные санатории, в которые направляются дети, — это ДТС «Пушкинский» Ленин-

градской области, ДТС «Кирицы» Рязанской области. В крае на уровне губернатора и правительства прорабатывается вопрос о строительстве регионального детского туберкулезного санатория в районе села Эссо Быстринского района либо курортной Паратунской зоны Елизовского района. Фтизиатры Камчатского края активно внедряли в практику своей работы «Лечение детей и подростков с латентной туберкулезной инфекцией», разработанное группой московских ученых под руководством В.А. Аксеновой. Используются в работе федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей, федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей. В 2013 г. проводились кураторские визиты в районы края. В этой связи перспективными являются утверждение для всех территориальных образований Камчатского края индивидуальных индикативных показателей эффективности проводимых противотуберкулезных мероприятий; развитие телемедицинских технологий диагностики и контроля за проводимым лечением; создание центра социальной, юридической, психологической помощи и работы с больными или перенесшими туберкулез и членами их семей; расширение зоны охвата детей и подростков фтизиохирургической помощью с привлечением дополнительных средств регионального и федерального бюджета, что позволит улучшить материально-техническую базу.