

детей, контролируемая химиопрофилактика туберкулеза была проведена только каждому пятому такому ребенку. Качественная вакцинация БЦЖ в родильном доме была проведена 55,1% детей из числа заболевших туберкулезом, возраст этих детей — от 3 до 7 лет. У детей, страдавших ВИЧ-инфекцией, с проведенной в родильном доме БЦЖ, реже выявлялись осложнения и наличие бактериовыделения при туберкулезе. Дети в возрасте от 0 до 14 лет обоего пола без ВИЧ-инфекции реже заболевали туберкулезом, чем мальчики (ОШ 0,91, 95% ДИ 0,87–0,94, $p < 0,001$) и девочки (ОШ 0,94, 95% ДИ 0,92–0,96, $p < 0,001$) с ВИЧ-инфекцией. Наиболее уязвимый для туберкулеза возраст у больных ВИЧ-инфекцией детей оказался от 0 до 3 (ОШ 0,45, 95% ДИ 0,23–0,89, $p < 0,05$) и от 7 до 14 лет (ОШ 4,14, 95% ДИ 1,91–9,27, $p < 0,001$). Из клинических форм туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией преобладали туберкулез внутригрудных лимфоузлов (ОШ 0,48, 95% ДИ 0,25–0,90, $p < 0,05$), прочие формы туберкулеза (ОШ 1,18, 95% ДИ 1,15–1,21, $p < 0,01$) и туберкулез органов дыхания с наличием бактериовыделения (ОШ 0,28, 95% ДИ 0,11–0,75, $p < 0,01$).

Выводы. ВИЧ-инфекция увеличивала риск заболевания туберкулезом детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей, и не оказала влияния на развитие виража туберкулиновых проб и осложнений после вакцинации БЦЖ. Вакцинация БЦЖ существенно снижала вероятность развития виража туберкулиновых проб и заболевания туберкулезом

всех изученных детей и детей без ВИЧ-инфекции, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей. Отрицательного воздействия вакцины БЦЖ на детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей, не было выявлено. В Свердловской области в 2004–2012 гг. увеличивались как количество больных ВИЧ-инфекцией детей в возрасте от 0 до 14 лет, так и доля детей того же возраста с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. С 2004 по 2012 г. показатель заболеваемости туберкулезом детей в возрасте от 0 до 14 лет без ВИЧ-инфекции был в 55,2–193,5 раза ниже аналогичного показателя для детей с ВИЧ-инфекцией. Дети в возрасте от 0 до 14 лет обоего пола без ВИЧ-инфекции реже заболевали туберкулезом, чем мальчики и девочки с ВИЧ-инфекцией. Наиболее уязвимый для туберкулеза возраст у больных ВИЧ-инфекцией детей — от 0 до 3 и от 7 до 14 лет. Из клинических форм туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией преобладали туберкулез внутригрудных лимфоузлов и наличие бактериовыделения при туберкулезе органов дыхания. Среди заболевших туберкулезом с ВИЧ-инфекцией детей преобладали пациенты с ее поздними стадиями, в 63,6% случаев имелся тубконтакт в анамнезе. Химиопрофилактику туберкулеза получал только каждый пятый изученный ребенок. Качественно проведенная в родильном доме вакцинация против туберкулеза предотвращала развитие осложнений и бактериовыделения при туберкулезе у детей с сочетанной патологией.

Аспекты интенсивной терапии у детей с тяжелыми формами туберкулезного менингоэнцефалита

И.В. Юрьева¹, Н.М. Кашникова¹, О.Б. Леянова¹, И.Ю. Егошина²

¹ Государственная областная новосибирская клиническая туберкулезная больница;

² Новосибирский областной противотуберкулезный диспансер

Введение. Актуальность темы не вызывает сомнения. В условиях сохраняющейся сложной эпидемиологической обстановки по заболеваемости туберкулезом среди детского населения России в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах, где показатели превышают общероссийские в 2 раза, неизбежно приходится сталкиваться с такими тяжелыми формами заболевания, как генерализованный туберкулез, туберкулезный менингоэнцефалит. И с самых первых шагов оказания помощи маленьким пациентам не обойтись без подключения методов интенсивной терапии.

Материалы и методы. Исследование ретроспективное. В ОРИТ ГБУЗ НСО ГОНКТБ за период с февраля по июнь текущего года поступило 5 детей в возрасте от 7 мес. до 3 лет с тяжелыми формами остро прогрессирующего туберкулеза, осложненного специфическим менингоэнцефалитом. Уровень сознания при поступлении оценивался в интервале 32–41 балл по шкале Шахновича. У 3 пациентов дефицит веса составил от 10 до 40%. В день поступления всем детям проводились налаживание мониторинга функций организма, респираторная поддержка, установка центрального венозного катетера и питающего желудочного зон-

да, назначение ПТХТ, коррекция гиповолемии. Затем, в ближайшие 24–48 ч — МСКТ ГМ И ОГК, УЗИ ОБП, консультации окулиста и невролога, при отсутствии противопоказаний — люмбальная пункция.

Результаты и их обсуждение. Схема обследования детей включала обязательное исследование мокроты на МБТ. В 3 случаях микобактерии найдены. У четырех из 5 пациентов подтверждено наличие ВИЧ-инфекции. Назначена АРВТ. По результатам лабораторного исследования крови отмечались умеренный лейкоцитоз, как правило, без значительного палочкоядерного сдвига; умеренная анемия, лимфопения и ускоренная СОЭ, гипоальбуминемия, тромбофилия. Анализ исследования ликвора: ликвор вытекал струйно, бесцветный, мутноватый, белок — 0,5–0,7 г/л, 85–400, глюкоза — 0,8–2,0 ммоль/л, хлориды — 114.

По данным МСКТ ГМ при поступлении выявлялись картина отека головного мозга, признаки гидроцефалии различной степени выраженности (последняя коррелировала с давностью возникновения первых менингеальных симптомов); в базальных ядрах визуализировались кальцинаты и гиперденсивные очаги различных размеров. В динамике определялись гиподенсивные зоны, некротические очаги, различные по величине и локализации, преимущественно в затылочных и височных областях. Ультразвуковое исследование ОБП во всех случаях выявляло гепа-

тоспленомегалию той или иной степени. Клиническая картина и тяжесть состояния у всех маленьких пациентов были обусловлены симптомами отека и набухания мозга, нарушением ликвородинамики, вегетососудистыми проблемами, специфической интоксикацией.

Интенсивная терапия включала синдромальную коррекцию нарушений: респираторную поддержку, инфузионную и противосудорожную терапию, комбинированное энтерально-парентеральное питание. ПТХТ (4–5 препаратов) подбирались индивидуально с учетом анамнеза (МБТ+; МЛУ, смерть в очаге), веса, функционального состояния органов. В 2 случаях результат — тяжелая инвалидизация, трое детей умерло. Средний койко-день составил 22,4.

Заключение и выводы. Эффективность проводимой терапии напрямую зависит от сроков начала противотуберкулезной химиотерапии и неспецифической интенсивной терапии: респираторной поддержки, противосудорожной и инфузионной терапии, коррекции нутритивного дисбаланса. Назначение специфического лечения, в свою очередь, зависит от сроков постановки диагноза, что требует комплексного подхода и требует от специалистов правильной оценки ряда клинических, эпидемиологических факторов, данных лучевой диагностики, что сократит вероятность развития тяжелых форм и осложнений туберкулезного процесса.

Анализ своевременности и методов выявления туберкулезной инфекции у детей младшего школьного возраста

Ю.А. Яровая, О.И. Король

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение. В младшем школьном возрасте туберкулезная инфекция протекает относительно благоприятнее, чем в других возрастных группах. В структуре заболеваемости туберкулезом данного возраста преобладают ограниченные формы заболевания. Тем не менее, выявление специфических изменений часто происходит в фазах обратного развития, что свидетельствует о несвоевременном выявлении.

Материалы и методы. На базе туберкулезного отделения за 2010–2013 гг. в ДИБ № 3 были обследованы 192 ребенка с активными формами заболевания туберкулеза. Всем детям при обследовании в стационаре проведено углубленное клиническое и лабораторное обследование.

Результаты. Социальный статус у большей части семей обследованных пациентов был неблагоприятный: более 1/3 детей (34,21%, 65 детей) были из семей приезжих из неблагополучных по туберкулезу территорий (Азербайджана, Узбекистана, Таджикистана, Дагестана, Киргизии, Молдавии, Приднестровья); половина пациентов (50,76%) были из социально и экономически неблагополучных семей; 6,15% детей являлись воспитанниками социальных учреждений.

Ведущим методом выявления туберкулеза являлась туберкулинодиагностика: благодаря данному методу выявлено 70,0% пациентов. Остальные методы использовались реже: из очагов туберкулезной инфекции — 23,16% всех пациентов, по заболева-