

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-

нию — 6,31% детей и наиболее редко из поликлинических групп риска — 0,53%. Дальнейшее обследование в стационаре выявило, что гораздо большее количество заболевших детей имели контакт с больными туберкулезом — 45,68% детей, что в 2 раза больше, чем выявлено эпидемическим методом. В основном заболевшие туберкулезом дети были из семейных (практически 60,0% детей) и родственных (1/4 детей), затем — квартирные. Установление бактериовыделения у источников заболевания отмечалось в 59,26% случаев. Лекарственная устойчивость у бактериовыделителей — источников заболевания имела место у 23,46% всех источников заболевания.

Практически все дети (95,78%) были вакцинированы против туберкулеза с формированием у них поствакцинального рубчика. Анализ динамики пробы Манту с 2 ТЕ до госпитализации показал, что выявление заболевания туберкулезом в течение раннего периода туберкулезной инфекции происходило лишь у 1/5 части (20,43%) пациентов школьного возраста. Наиболее вероятный возраст детей, в котором происходило заражение МБТ, был с 6 до 8 лет, причем особенно часто — 7 лет (1/5 всех пациентов). У значительной части пациентов не отмечалось явных признаков инфицирования, а имели место плавное нарастание либо волнообразная чувствительность к туберкулину. В отдельных случаях инфицирование МБТ происходило на фоне низкой либо даже отрицательной чувствительности к туберкулину, что обусловлено у одних детей индивидуально низкой пороговой чувствительностью к туберкулину, у других — иммунодефицитом. Специфическая химиопрофилактика проведена у 1/3 пациентов (в 36,32% случаев). В ранний период туберкулезной инфекции химиопрофилактику получили 13,04% детей. У большинства детей проведение ХП было в более поздние сроки, что не могло существенно повлиять на течение туберкулезной инфекции.

Анализ клинической структуры туберкулеза у обследованных пациентов показал: большинство детей переносили ограниченные неосложненные формы заболевания, осложненное течение заболевания отмечалось в 22,63% случаев. Преобладающей формой был туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (60,53% случаев), причем преобладали малые его формы (60,53% случаев); первичный туберкулезный комплекс диагностирован у 6,84% пациентов, туберкулезная интоксикация — у 5,26%, туберкулезный плеврит — пациентов, у одного ребенка был туберкулез периферического лимфатического узла. Осложненное течение переносили 22,63% детей, генерализованные формы — 1,05% детей. Преоблада-

ла диагностика активных форм туберкулеза в фазы продолжающегося обратного развития — в 58,34% случаев, хронически текущий туберкулез выявлялся в 3,33% случаев. Диагностика локальных форм в фазу инфильтрации была у 36,11% детей.

Углубленная туберкулинодиагностика по совокупности оценки проб Манту с 2 ТЕ и с малыми концентрациями туберкулина, кожной градуированной пробы определила нарастание чувствительности к туберкулину до гиперергической у подавляющего большинства пациентов (80,90%). Диаскинтест подтверждал активность туберкулезного процесса в 94,23% случаев, гиперергическая реакция на диаскинтест определялась у 46,15% пациентов. Отмечаемая высокая степень сенсibilизации к МБТ свидетельствовала о длительном периоде инфицирования МБТ у обследованных детей.

Обсуждение. Структура фаз выявленных локальных форм туберкулеза обусловлена несвоевременной диагностикой туберкулезной инфекции у детей школьного возраста. Этому способствовали разные факторы: неблагоприятный социально-экономический статус, миграция, тесные и длительные туберкулезные контакты. Кроме того, у части детей определение сроков инфицирования МБТ затруднялось нерегулярным проведением туберкулинодиагностики и не предоставляемыми о ней сведениями, а также в ряде случаев инфицированием МБТ на фоне плавного нарастания пробы Манту с 2 ТЕ в динамике. Следует отметить, что преобладание диагностики локальных ограниченных форм туберкулеза связано с применением МСКТ, обладающей более высокой разрешающей возможностью по сравнению с рентгенографическим исследованием и линейной томографией.

Выводы. Ведущим методом выявления является массовая диагностика. Половина детей из очагов туберкулезной инфекции была выявлена другими методами (массовой туберкулинодиагностикой и по заболеванию). Более чем в половине случаев заболевание активным туберкулезом диагностировалось спустя 2 года и более после инфицирования МБТ. Инфицирование МБТ детей младшего школьного возраста наиболее часто происходило с 6 до 8 лет. У детей младшего школьного возраста преобладало выявление неосложненных ограниченных форм внутригрудного туберкулеза, однако наиболее часто — в фазы неполного обратного развития. Результаты углубленной туберкулинодиагностики и диаскинтеста подтверждали высокую степень сенсibilизации к МБТ у переносящих активные формы туберкулеза детей школьного возраста.