

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Ф. Т. АБСАДЫКОВА, В. Н. МУХТЕРЕМОВА

Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент

Увеличение числа больных туберкулезом, выделяющих лекарственно-устойчивые микобактерии туберкулеза (МБТ), представляет угрозу заражения детей этими штаммами возбудителя. Это снижает эффективность профилактического лечения детей из групп риска. Подтверждением вышесказанного является увеличение числа детей, заболевших туберкулезом, из контакта с больными туберкулезом легких, несмотря на проведенную химиопрофилактику (ХП) стандартным режимом.

Цель исследования: разработка оптимальных режимов ХП для детей, проживающих в очаге лекарственно-устойчивого туберкулеза легких.

Материалы и методы. С целью разработки оптимальных режимов ХП были отобраны 95 детей из контакта с лекарственно-устойчивыми МБТ, которые были разделены на 4 группы: 1-я группа – 20 детей, инфицированных МБТ, получивших ХП 2 АБ препаратами (изониазид, рифампицин); 2-я группа – 24 ребенка с наличием инфицированности МБТ, которым проводили профилактическое лечение 2 АБ препаратами (изониазид, рифампицин) совместно с иммуномодулятором анаферон детский; 3-я группа – 26 детей с наличием инфицированности туберкулезом, которым проводили профилактическое лечение 2 АБ препаратами (изониазид, рифампицин) совместно с иммуномодулятором мумиё-асиль; 4-я группа – 25 детей, которые получали лечение только иммунокорректором анаферон детский без применения противотуберкулезных препаратов.

Длительность лечения во всех группах составила в среднем 3 мес. Лечение проводили в условиях санатория на фоне общего оздоровления и контролируемого режима дня.

Эффективность лечения оценивали по динамике уровня туберкулиновой чувствительности, частоте рецидивов сопутствующих заболеваний, а также результатам иммунологического исследования крови до начала и после завершения лечения.

Результаты исследования. При проведении повторного обследования после завершения курса ХП установлено предупреждение развития локального туберкулеза у 93,3% обследуемых детей. Однако показатели эффективности ХП оказались более выраженными у детей 2-й и 3-й групп по сравнению с 1-й группой. Вместе с тем у 32,5% обследуемых детей сохранялись факторы риска развития туберкулеза (обострение сопутствующих хронических инфекций) через 6-12 мес. терапии, что диктует необходимость проведения повторных курсов иммунокоррекции.

Выводы. 1. Эффективность режимов ХП 2 АБ препаратами с подключением анаферона или мумиё-асиль достоверных различий не имеет.

2. Через 3 мес. ХП инфицированных МБТ детей 2 АБ препаратами в сочетании с иммунокорректорами снизилась частота интеркуррентных заболеваний в 2 раза при сохранении отклонений Т-лимфоцитов у 80%, нарушении фагоцитоза у 67,7%, РБТЛ у 30,5%, что потребовало дальнейшей диспансеризации детей.

3. У неинфицированных МБТ детей, получивших иммунокоррекцию без включения химиопрепаратов, отмечено восстановление нарушений по В-лимфоцитам, сдвигов по фагоцитозу у 80%, РБТЛ – у 60%, что дает возможность проводить профилактику туберкулеза назначением иммунокорректоров без включения противотуберкулезных препаратов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, АКТИВНО ВЫЯВЛЕННЫХ В ГРУППАХ РИСКА И ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Д. Н. АДЖАБЛАЕВА¹, А. А. АБИЛОВ², Г. Б. КУЛИЕВА¹

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей

²Самаркандский областной противотуберкулезный диспансер

В настоящее время в Республике Узбекистан охват туберкулинодиагностикой составляет 0,3%

детского населения, поэтому большая часть больных туберкулезом детей и подростков выявляется