

Частота (абс. число/на 1 000 привитых) и структура (%) поствакцинальных осложнений

Показатели	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Всего выявлено осложнений	3 осл./ 0,06	8 осл./ 0,15	4 осл./ 0,1	4 осл./ 0,07	7 осл./ 0,15	3 осл./ 0,06	3 осл./ 0,06
В том числе:							
БЦЖ-остит	-	-	1/25%	2/50%	5/71,4	2/66,7%	3/100%
Лимфадениты	3/100%	7/87,5%	2/50%	1/25%	1/14,3%	1/33,3%	-
Холодный абсцесс	-	1/12,5%	1/25%	-	-	-	-
Келоидный рубец	-	-	-	1/25%	-	-	-
Диссеминированная БЦЖ-инфекция	-	-	-	1/14,3%	-	-	-

(по одному случаю) были выявлены в 2008-2009 гг., в последующие годы не регистрировались. Случаи поствакцинальных лимфаденитов были зарегистрированы в 2007 г. – 3 (100%) случая, 2008 г. – 7 (87,5%), в последующие годы (2009-2012 гг.) – по одному случаю ежегодно. Случай диссеминированной (генерализованной) БЦЖ-инфекции с поражением внутригрудных лимфоузлов, легочной ткани, печени, селезенки, надпочечников, внутрибрюшных и подмышечных лимфоузлов, костной ткани (позвоночник, кости таза, бедренных костей) был выявлен у ребенка в возрасте двух с половиной лет. Диагноз был подтвержден в ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» (в биоптате методом ПЦР обнаружены МБТ *bovis*).

Из 13 детей с БЦЖ-оститами были вакцинированы в роддоме 12 (92,3%), один ребенок – в поликлинике (не вакцинирован в роддоме из-за отсутствия вакцины БЦЖ-М). При ретроспективном анализе противопоказаний для вакцинации не выявлено – 13 (100%) человек, все осложнения выявлены в возрасте 1 год – 1 год 9 месяцев.

В период формирования поствакцинального иммунитета у 8 (61,5%) детей регистрировались ОРВИ, по одному случаю – ветряная оспа, стоматит, отит. При обследовании иммунного статуса достоверных данных за иммунодефицитное состояние у детей не выявлено.

Все случаи БЦЖ-остита были подтверждены в ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии», получили оперативное лечение 13 (100%) человек, выраженная положительная динамика отмечалась у всех детей, включая случай диссеминированной БЦЖ-инфекции.

Выводы. В последние годы в Республике Татарстан не регистрируются осложнения, вызванные нарушением техники проведения вакцинации (холодные абсцессы), в структуре осложнений стали преобладать БЦЖ-оститы. Причина учащения осложнений 2-й категории в течение последних 5 лет требует детального изучения и может быть связана как с качеством вакцины, сочетанием с другими прививками (гепатит?), так и с состоянием макроорганизма.

ИСХОД ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ ИЗ СЕМЕЙНОГО КОНТАКТА

В. В. ВАТУТИНА

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России

В детскую хирургическую клинику костно-суставного туберкулеза поступают дети из всех регионов России и бывшего СССР. Бактериологическая верификация диагноза имеет место примерно у трети пациентов, оперированных в клинике. В последние годы наметилась тенденция к выделению *M. tuberculosis* (МБТ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Как правило, это отмечается у детей из семейного туберкулезного контакта с бактериовыделителем.

Цель: демонстрация клинического наблюдения развития у ребенка раннего возраста из семей-

ного контакта с МБТ (+) МЛУ генерализованного туберкулеза.

Материалы и методы. Представлены данные анамнеза и обследования ребенка, поступившего в клинику 02.12.2013 г. для оперативного лечения по поводу туберкулезного спондилита.

Результаты. Девочка С., 2 года 10 месяцев (дата рождения 28.01.2011 г.), БЦЖ не вакцинирована по причине недоношенности 3-й степени. Туберкулезный контакт с 5-месячного возраста в течение полутора лет с больным дедом, страдающим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в фазе

инфильтрации и обсеменения, осложненным туберкулезом бронха, МБТ(+), МЛУ HRSEZ. Туберкулинодиагностика: реакция на пробу Манту с 2 ТЕ в 2011 г. – отрицательная, в 2012 г. не проводилась, от 09.08.2013 г. – папула 16 мм, проба с диаскин-тестом (ДСТ) – папула 20 мм, везикула. В клинике: от 03.12.2013 г. – проба Манту с 2 ТЕ – папула 15 мм, проба с ДСТ – папула 20 мм, везикула. Серология крови от 09.12.2013 г. – отрицательный результат.

Из анамнеза известно, что заболевание у девочки выявлено по пробе Манту с 2 ТЕ, после проведения компьютерной томографии (КТ) легких диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, обнаружены патологии в позвоночнике, кальцинаты в печени, селезенке. Ребенок в противотуберкулезном диспансере по месту жительства получал специфическую терапию с 28.08.2013 г.: HRZPtPas – 2 мес., далее в течение 1 мес. (протионамид отменен в связи с плохой переносимостью) – HRZPas. Девочка заочно консультирована в БЗК СПбНИИФ. Рекомендована госпитализация в клинику СПбНИИФ.

Анамнез жизни: ребенок первый из двойни. От первой беременности, протекавшей на фоне гестоза 2-й половины, преждевременных родов на 27-й неделе. Масса тела при рождении 980 г. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ до 4 раз в год, наблюдается сурдологом с диагнозом: хроническая сенсоневральная тугоухость 3-4-й ст. с обеих сторон, невропатологом – по поводу резидуально-органического поражения ЦНС, стертой дизартрии. Стоит на диспансерном учете у окулиста по поводу миопии средней степени тяжести с астигматизмом.

В клинике девочке проведено бронхоскопическое исследование: патологии не выявлено.

КТ-исследование легких: множественные кальцинированные лимфоузлы с двух сторон, преимущественно справа в паратрахеальной, паравазальной, трахеобронхиальной, бронхоплевральной, бифуркационной группах. Очаг отсева в правое лег-

кое, плевропневмональный фиброз в нижней доле слева. Кальцинаты в печени, селезенке, мезентериальных лимфатических узлах.

КТ позвоночника: очаг деструкции в теле 5-го грудного позвонка.

14.01.2014 г. выполнена операция: резекция и корпоропластика Th5 ауторебром. Гистологических признаков туберкулеза в операционном материале нет. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мочи, операционного материала в работе. МБТ методом микроскопии не выявлены.

На момент поступления в клинику стали известны результаты посева промывных вод желудка от сентября 2013 г., выделены МБТ с МЛУ к HRSK.

В клинике девочка в течение 2 мес. получала лечение по чувствительности к противотуберкулезным препаратам CzPasPtE на фоне витаминов, гепатопротекторов. Выписана в удовлетворительном состоянии с умеренно выраженными симптомами интоксикации и тенденцией к улучшению самочувствия, хорошей переносимостью препаратов и неизменными биохимическими показателями крови для продолжения лечения по месту жительства.

Клинический диагноз. Первичный генерализованный туберкулез: двухсторонний туберкулез внутригрудных лимфатических узлов паратрахеальной, паравазальной, трахеобронхиальной, бифуркационной, бронхоплевральной групп в фазе кальцинации с очагом отсева в правое легкое, туберкулез подмышечных лимфатических узлов. Туберкулез печени, селезенки, туберкулез мезентериальных лимфоузлов в фазе кальцинации. МБТ(+) МЛУ SHRK от 03.09.2013 г.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует возможность развития генерализованного туберкулеза с множественным поражением лимфатических узлов различных групп, легочной ткани, печени и селезенки у невакцинированного БЦЖ ребенка из семейного контакта с больным туберкулезом с МЛУ МБТ.

ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

И. Л. ВОЛЧКОВА, Н. Е. КАЗИМИРОВА, Л. Э. ПАНКРАТОВА

ГБОУ ВПО «Государственный медицинский университет», г. Саратов

Одним из факторов, определяющих вероятность заболевания туберкулезом у первично инфицированного ребенка, является наличие сопутствующей патологии, снижающей неспецифические механизмы защиты. Это может привести при скрыто протекающей туберкулезной инфекции к явному заболеванию и его тяжелому течению. Дети данной категории находятся под наблюдением по VIA группе диспансерного учета, как правило, не более

года и в дальнейшем, при снятии с учета, выпадают из-под контроля фтизиатра.

Цель исследования: выделить группу риска среди впервые инфицированных детей с сопутствующей патологией.

Материалы и методы. За год наблюдения в г. Саратове выявлено 812 детей с первичным туберкулезным инфицированием по пробе Манту с 2 ТЕ (0,7% от общего числа детского населения).