

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, бронхопупульмональной, бифуркационной группах. Очаг отсева в правое лег-

кое, плевропупульмональный 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, бронхопупульмональной 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).

Из них у 321 ребенка отмечались сопутствующие заболевания, снижающие иммунный фон организма. Все дети были обследованы с использованием диаскинтеста (ДСТ). Данные исследования проводили соответственно инструкции по применению.

Результаты. Установлено, что среди 32 больных сахарным диабетом положительные реакции (в том числе гиперергические) отмечались у 10% детей со средним размером папулы $12,07 \pm 7,80$ мм. Среди 14 детей, страдающих язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, положительные результаты оказались у 4,4% обследуемых со средним размером папулы $9,34 \pm 3,20$ мм. Среди 94 часто болеющих положительные реакции получены в 29,3% случаев ($13,0 \pm 6,3$ мм). Среди 37 больных бронхиальной астмой детей положительные ре-

зультаты констатировались в 11,5% случаев, размер папулы составил в среднем $13,68 \pm 5,41$ мм. Среди 25 с психоневрологической симптоматикой положительные реакции на ДСТ отмечались у 7,8% детей со средним размером папулы $9,56 \pm 4,7$ мм. У остальных 119 обследуемых с сопутствующими заболеваниями результаты ДСТ были сомнительными и отрицательными.

Заключение. Из общего числа обследуемых с первичным туберкулезным инфицированием на фоне сопутствующих заболеваний наиболее угрожаемой группой являются 63% детей. Данная группа риска должна находиться под наблюдением фтизиатра более одного года с последующими постановками ДСТ, а в отдельных случаях – с повторным проведением превентивной терапии двумя противотуберкулезными препаратами.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАЛЫХ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ, ВЫЯВЛЕННЫХ МЕТОДОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ДЕТЕЙ ИЗ ДИСПАНСЕРНЫХ ГРУПП РИСКА ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

М. Ф. ГУБКИНА, Ю. Ю. ХОХЛОВА, И. Ю. ПЕТРАКОВА, Н. В. ЮХИМЕНКО

ФГБУ «Центральный НИИ туберкулеза» РАМН, г. Москва

Цель исследования: изучить клинико-рентгенологические проявления малых очаговых изменений в легких, выявленных методом компьютерной томографии (КТ) у детей из диспансерных групп риска по заболеванию туберкулезом, и установить ведущие диагностические критерии активности туберкулезного процесса.

Материалы и методы. Проведен анализ 56 историй болезни детей в возрасте от 4 до 12 лет, находившихся на обследовании в ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН в 2010-2013 гг. с впервые выявленными методом КТ очаговыми изменениями в легочной ткани. Критериями включения в исследование являлись: 1) наличие мелких (2-4 мм) единичных (не более 5) очагов в легочной ткани различной плотности; 2) отсутствие изменений со стороны внутригрудных лимфатических узлов; 3) проведение КТ не ранее чем через 1 мес. после перенесенной острой респираторно-вирусной инфекции. Поводами для проведения КТ являлись результаты массовой туберкулинодиагностики (39 человек) или наличие контакта с больным туберкулезом (17 человек). Обследование начинали со сбора анамнеза заболевания, уточняли фтизиатрический и эпидемиологический анамнез. При оценке результатов пробы Манту с 2 ТЕ в динамике чаще регистрировалось нарастание туберкулиновой чувствительности – 32 (57,1%) человека, реже монотонная чувствительность – 20 (35,7%), у единичных пациентов отмечалась впервые положительная реакция на пробу Манту – 4 (7,1%) человека. Контакт с больным туберкулезом имели 25 (44,6%)

человек, из них семейный – 84,0% (21 человек), родственник – 16,0% (4 человека), с бактериовыделителем – 72,0% (18 человек). Множественная лекарственная устойчивость определялась у 77,8% бактериовыделителей (14 человек). При клиническом осмотре оценивали наличие легочных симптомов, интоксикационного синдрома. Обязательный диагностический минимум включал: общий анализ крови и мочи; пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л; кожную пробу с диаскинтестом (ДСТ); исследование смывов с верхних дыхательных путей (СВДП) на микобактерии туберкулеза (МБТ) методами люминесцентной микроскопии и посева на плотные питательные среды; определение ДНК МБТ в СВДП методом ПЦР. Рентгенологическая характеристика очаговых изменений в легких включала оценку по следующим показателям: локализация, распространенность, плотность очагов, четкость контуров.

Результаты. Самочувствие у всех детей было удовлетворительное, жалобы отсутствовали. Интоксикационный синдром в виде бледности кожных покровов, периорбитального цианоза, снижения тургора мягких тканей, микрополиаденопатии, эмоциональной лабильности, снижения аппетита в различных сочетаниях был выявлен у 18 (32,1%) человек. У 38 человек клинические симптомы интоксикации полностью отсутствовали. Легочных симптомов заболевания у обследованных не отмечали. Незначительные изменения в анализе крови по 1-2 показателям отмечались у 16 (28,6%) человек, чаще – незначительный