

мым провести анализ структуры заболеваемости больных данного контингента.

Цель исследования: анализ резервуара туберкулезной инфекции на территории.

Материалы и методы. Проанализированы данные официальной медицинской статистики по г. о. Самара и области за 2011 и 2012 г. Проведен ретроспективный анализ статистики больных с рецидивами туберкулеза. Полученные данные обработаны с помощью метода Пирсона (χ^2).

Результаты. Анализ работы фтизиатрической службы области показал неуклонный рост рецидивов туберкулеза за последние 5 лет. Так, в 2009 г. их зарегистрировано 7,5 на 100 тыс. населения, в 2010 г. – 6,9, в 2011 г. – 9,0, в 2012 г. – 10,2 и в 2013 г. – 11,1.

Из 300 больных с рецидивом туберкулеза, выявленных в 2011 г., мужчин было 222 (74%), женщин 78 (26%); в 2012 г. из 341 больного 275 (80,6%) были мужчины, 66 (19,4) – женщины. Все пациенты состояли на учете в ПТД по ИБ группе диспансерного учета. Возраст больных в 2011 г. составил от 18 до 75 лет, в 2012 г. – от 18 лет до 81 года. Бактериовыделителей в 2011 г. было 206 (68,7%), в 2012 г. – 199 (58,4). Клинических форм с распадом легочной ткани среди больных с рецидивом в 2011 г. было 166 (53,3%), в 2012 г. – 187 (54,8%). Для сравнения, доля бактериовыделителей и деструктивных форм туберкулеза среди впервые выявленных больных в 2011 и 2012 г. была достоверно ниже $p < 0,05$ (табл.).

Таблица

Достоверность различия доли бактериовыделителей и деструктивных форм у больных туберкулезом (абс.)

Параметры	2011 г.				2012 г.			
	впервые выявленные	рецидивы	χ^2	p	Впервые выявленные	рецидивы	χ^2	p
МБТ(+)	1 029	206	28,9	$< 0,05$	1 028	199	19,4	$< 0,05$
CV (+)	759	166	34,4	$< 0,05$	865	187	29,5	$< 0,05$

Примечание: CV – наличие каверны, распада.

Туберкулез вызван микобактериями туберкулеза с МЛУ у больных с рецидивом в 2011 г. – в 110 (53,4%) случаях, в 2012 г. – в 199 (43,7%).

Большинство больных нигде не работали на момент регистрации у них заболевания, среди выявленных в 2011 г. таких лиц было 221 (73,7%), среди выявленных в 2012 г. – 260 (76,2%).

Структура клинических форм представлена следующим образом. Среди больных с рецидивом туберкулеза, выявленным в 2011 г., инфильтративным туберкулезом заболело 226 (75,3%) человек, диссеминированным – 16 (5,3%), очаговым – 16 (5,3%), фиброзно-кавернозным – 5 (1,7%), казеозной пневмонией – 10 (3,3%), туберкулемой – 15 (5%), туберкулезом бронха – 2 (0,7%), туберкулезным плевритом – 3 (1%), цирротическим – 6 (2%), милиарным туберкулезом – 1 (0,3%). В 2012 г. инфильтративный туберкулез составил 259 (75,9%), диссеминированный – 19 (5,6%), очаговый – 11 (3,2%), фиброзно-кавернозный – 19 (5,6%), казеозная пневмония – 2 (0,6%), туберкулема – 13

(3,8%), туберкулезный плеврит – 2 (0,6%), цирротический – 3 (0,9%), милиарный – 2 (0,6%), туберкулез периферических лимфатических узлов – 1 (0,3%), туберкулез костей и суставов – 3 (0,9%), туберкулез глаза – 1 (0,3%), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 1 (0,3%), туберкулез мочеполовой системы – 4 (1,2%).

Заключение. Исследование показало ухудшение эпидемической обстановки, обусловленное ростом рецидивов туберкулеза. Анализ структуры клинических форм рецидивов туберкулеза позволил установить преобладание распространенных форм с распадом и бактериовыделением, а также склонностью к хронизации процесса. Большинство зарегистрированных случаев туберкулеза было вызвано микобактериями туберкулеза с МЛУ, что повышает опасность инфицирования детей и подростков возбудителем, устойчивым к противотуберкулезному лечению. Исследование показало необходимость поиска решений по профилактике рецидивов туберкулеза среди взрослого населения.

ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С. М. КАВТАРАШВИЛИ, Е. А. СОКОЛЬСКАЯ, В. Г. МАДАСОВА

НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им И. М. Сеченова», г. Москва

В последние годы у детей с ревматическими (воспалительно-аутоиммунными) заболеваниями широко применяются препараты, обладающие иммуносупрессивным действием. Длительное применение

таких препаратов приводит к активации туберкулезной инфекции и риску возникновения заболевания.

Цель исследования: изучить различные проявления туберкулезной инфекции у детей с ревма-

тоидными заболеваниями, получающих иммуносупрессивную терапию.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации 24 детей в возрасте от 3 до 17 лет с ревматическими заболеваниями. Дети направлялись на консультацию в связи с высоким риском развития туберкулеза на фоне непрерывной специфической терапии (глюкокортикостероидными гормонами, цитостатическими препаратами, генно-инженерными биологическими препаратами) в детско-подростковом отделении НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» из ФГБУ «Научный центр здоровья детей» и Института ревматологии. Возрастной диапазон был разным, но чаще дети в воз-

расте от 7 до 14 лет – 16 человек (69,5% случаев), преимущественно болели девочки – 17 (70,8%).

Результаты и обсуждение. По клинической структуре наиболее часто регистрировали поражения с вовлечением в процесс суставов: олигополиартриты, ювенильный ревматоидный артрит – у 22 (91,6%) человек, у 2 (8,4%) детей заболевание протекало с внесуставными проявлениями. В среднем длительность заболевания детей составила от 3 до 5 лет.

Основным методом выявления инфицирования микобактериями туберкулеза (МБТ) была туберкулинодиагностика (пробы Манту с 2 ТЕ), всем детям также проводили пробу с диаскин-тестом (ДСТ). Результаты представлены в таблице.

Таблица

Результаты пробы Манту с 2 ТЕ и пробы с ДСТ

Виды пробы	Отрицательная реакция	Положительная реакция			
		всего	выраж	умеренная чувствительность	гиперергическая чувствительность
Манту с 2 ТЕ	4 16,7%	20 83,3%	3 15,0%	16 82,2%	5 20,8%
с ДСТ	19 79,1%	5 20,9%	-	4 80,0%	1 20,0%

Из 24 человек 20 (83,3%) были инфицированы МБТ (сроки инфицирования были различными – от 1 до 8 лет). Отрицательный результат на пробу Манту с 2 ТЕ был у 4 (16,7%) человек, причем у детей в возрасте младше 6 лет. Возможно, дети не были инфицированы или у них имелись нарушения иммунной системы. Для уточнения активности туберкулезной инфекции всем детям проведена проба с ДСТ. Как следует из таблицы, ДСТ у 19 (79,1%) детей дал отрицательный результат, положительный был только у 5 (20,9%).

Всем пациентам с положительным ответом на ДСТ, помимо обзорной рентгенограммы, которая проводилась всем детям, была проведена и компьютерная томограмма грудной клетки. При

этом у 3 (12,5%) детей был установлен локальный туберкулез органов дыхания: в двух случаях в фазе обратного развития (кальцинации), в одном случае – в фазе инфильтрации. Следует отметить, что эти дети ранее в противотуберкулезном диспансере не наблюдались и не получали профилактического лечения по поводу инфицирования МБТ (в том числе выража туберкулиновых проб).

Заключение. Дети с ревматическими заболеваниями, получающие иммуносупрессивную терапию, относятся к группе высокого риска по заболеванию туберкулезом. Им необходим контроль со стороны фтизиатра с проведением своевременных курсов превентивного противотуберкулезного лечения латентной туберкулезной инфекции.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТА ПРОБЫ С ДИАСКИНТЕСТОМ

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

ГБОУ ВПО «Государственный медицинский университет», г. Саратов

Детям и подросткам, находящимся под наблюдением в III группе диспансерного учета, проводится противорецидивное лечение по показаниям. Это впервые выявленные пациенты с остаточными посттуберкулезными изменениями (IIIA группа), а также переведенные в IIIB из I, II и IIIA групп наблюдения. При отборе пациентов из числа впер-

вые выявленных с посттуберкулезными изменениями в легких, а также переведенных из I группы учета, перенесших малую форму туберкулеза, на противорецидивную химиотерапию учитываются объем остаточных изменений, социально-неблагополучный статус семьи и рост туберкулиновой чувствительности.