

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.

Цель исследования: отбор на противорецидивную химиотерапию детей и подростков с впервые выявленными посттуберкулезными изменениями в легких и перенесших малую форму туберкулеза с учетом результата пробы с диаскинестом (ДСТ).

Материалы и методы. Обследовано 63 ребенка, состоящих на учете в III группе, за 2010-2013 гг. в г. Саратове. В данную группу включены дети и подростки с впервые выявленными остаточными посттуберкулезными изменениями, а также перенесшие ограниченные процессы и малые формы туберкулеза легких. Всем пациентам проведены проба Манту с 2 ТЕ и проба с ДСТ. Данные исследования проводили в соответствии с инструкциями по применению.

Результаты. При постановке пробы Манту с 2 ТЕ у большинства пациентов (80,9%) отмечались положительные результаты со средним размером папулы $9,2 \pm 7,3$ мм и лишь у 19,1% обследованных проба Манту с 2 ТЕ дала гиперергические реакции – $17,60 \pm 5,31$ мм. Проба с ДСТ дала положительную реакцию у 48,8% пациентов со средним значением показателя $8,3 \pm 6,42$ мм. У 18,6% реакция была гиперергическая, со средним показателем $16,2 \pm 5,31$ мм. У 4,2% детей и подростков

реакция на ДСТ оказалась сомнительной. Остальные пациенты (28,4%) имели отрицательные реакции на ДСТ. За период наблюдения в группе с положительными реакциями на ДСТ отмечалось нарастание выраженности реакции у 15% детей со средним значением $12,3 \pm 5,2$ мм ($p < 0,05$), а у 5,4% пациентов – до гиперергической со средним показателем папулы $16,2 \pm 4,2$ мм ($p < 0,05$). В группе детей с отрицательной реакцией на ДСТ размеры папулы увеличились до размера ответной реакции у 8,1% ($6,23 \pm 3,20$; $p < 0,05$) и гиперергической – у 4,1% детей ($15,2 \pm 6,3$ мм; $p < 0,05$). В группе с гиперергическими реакциями на ДСТ размер пробы сохранялся у 5,2% детей и подростков.

Заключение. В процессе наблюдения по III группе диспансерного учета за детьми и подростками с впервые выявленными посттуберкулезными изменениями в легких и переболевшими малыми формами туберкулеза противорецидивной химиотерапии подлежат 37,8% пациентов. ДСТ позволяет значительно сократить контингент лиц, подлежащих противорецидивному лечению. Однако выявленное расхождение между результатами туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ и ДСТ требует дальнейшего изучения.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИЗ КОНТАКТА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

О. К. КИСЕЛЕВИЧ^{1,2}, Т. А. СЕВОСТЬЯНОВА^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова»

²Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы

Большой проблемой, не имеющей в настоящее время положительных сдвигов в России, является сочетание двух социально значимых заболеваний, таких как туберкулез и ВИЧ-инфекция. Основным методом профилактики туберкулеза в России остается вакцинопрофилактика. До последнего времени дети из контакта по ВИЧ-инфекции, рожденные от больных ВИЧ-инфекцией матерями, в роддоме не подлежали вакцинации. Сведения о вакцинации БЦЖ детей, больных ВИЧ-инфекцией, отрывочны и разрозненны. Это единичные случаи недиагностированной болезни матери и ребенка. По материалам ряда исследований, после введения вакцины БЦЖ частота осложнений у детей с ВИЧ-инфекцией не превышает таковую по сравнению с детьми без ВИЧ-инфекции. Эти наблюдения позволяют надеяться на существование временного промежутка, в течение которого возможна безопасная вакцинация БЦЖ новорожденных, пока у них не развился иммунодефицит, существенно повышающий опасность возникновения диссеминированной БЦЖ-инфекции. В связи с этим, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, вакцинацию БЦЖ новорожденных можно проводить, если у

них отсутствуют явные признаки иммунодефицита. Для лиц с ВИЧ-инфекцией разрабатывают субъединичные вакцины из отдельных антигенов с адьювантами и ДНК-вакцины против туберкулеза во избежание поствакцинальных осложнений.

Цель исследования: оценить роль вакцинопрофилактики у детей, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией, имеющих контакт по ВИЧ-инфекции в близком окружении.

Материалы и методы. С 2003 по 2012 г. в детском отделении МНПЦ БТ находилось на обследовании и лечении 82 ребенка раннего возраста, родившихся от матерей, больных ВИЧ-инфекцией. Диагноз ВИЧ-инфекции был установлен до родов у 77% матерей, а в послеродовом периоде – у 23%, в том числе у 9 матерей ВИЧ-инфекция была установлена после обнаружения ВИЧ-инфекции у детей. 74 (90%) ребенка инфицировались микобактериями туберкулеза (МБТ) в семье: у 35 детей выявлен туберкулезный контакт с матерью, у 21 ребенка – с отцом, у 14 детей установлен двойной контакт, а у 4 – тройной контакт в семье. Бактериовыделителями являлись 63% источника МБТ, из них в 21,4% случаев дети проживали в очаге смерти.