

Лечение проводили с использованием противотуберкулезных препаратов, а также пункционного метода лечения патологически измененных лимфатических узлов (извлечение казеозных масс с введением эффективного водорастворимого препарата – 5% раствора изониазида в возрастной дозе). Что касается БЦЖ-оститов, то данные осложнения требовали, кроме базисной противотуберкулезной терапии, хирургического вмешательства.

Заключение. Осложнения вакцинации БЦЖ отличаются от осложнений при других иммунизациях (неживыми вакцинами) развитием специфического морфологического субстрата, нередко требующего лечения, подобного тому, которое проводят при активном туберкулезном процессе. Своевременная диагностика и правильно проводимое лечение, а также диспансеризация способствуют благоприятному исходу развившегося осложнения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

А. В. КОЗЛОВА¹, О. Ф. КОЗЛОВА¹, Л. В. АНДРЕЕВА², Т. Н. ВИДАНОВА²

¹ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ России,

²ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Тюмень

Цель исследования: изучить структуру и особенности течения туберкулезной инфекции у детей, родившихся от матерей с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 10 детей в возрасте от 4 до 5 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Областного противотуберкулезного диспансера г. Тюмени.

Результаты. Среди клинических форм туберкулеза превалировал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (7), у 4 детей был выявлен диссеминированный туберкулез, из них у одного – в милиарной форме. Жалобы по мере их встречаемости распределялись следующим образом: субфебрилитет (5), астенизация (4), кашель (4), плохой аппетит (4), раздражительность, плач (30), потливость (3). Только у одного ребенка жалобы отсутствовали. Кроме жалоб, объясняющих присутствие интоксикационного синдрома, клиническая картина дополнялась вовлечением в патологический процесс пери-

ферических лимфатических узлов. Чаще реагировали на туберкулезную инфекцию передне- и заднешейные лимфатические узлы (6), реже – подчелюстные (3) и затылочные (1). Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, как наиболее часто встречающаяся форма туберкулеза у детей, выявлялся во всех случаях в фазе инфильтрации. При выписке из отделения у этих пациентов констатирована фаза уплотнения и рассасывания. Поражались преимущественно бронхопульмональные и паратрахеальные лимфатические узлы.

Заключение. Дети, родившиеся от матерей с ВИЧ-инфекцией, составляют группу риска развития туберкулеза, особенно в раннем возрасте. Развивается туберкулезный процесс у этих детей в результате близкого родственного контакта с больным туберкулезом. Почти в половине случаев имеет место распространенный туберкулез, что следует объяснить и вынужденным отводом от вакцинации БЦЖ в роддоме.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ

О. Ф. КОЗЛОВА¹, А. В. КОЗЛОВА¹, Л. В. АНДРЕЕВА², Т. Н. ВИДАНОВА²

¹ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ России,

²ГЛПУ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Тюмень

Цель исследования: проведение анализа структуры туберкулеза среди подростков, находившихся на лечении в детском отделении ГЛПУ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер» г. Тюмени с 2004 по 2012 г.

Материалы и методы. Анализу подлежали истории болезни лиц подросткового возраста, наблюдавшихся в детском отделении областного про-

тивотуберкулезного диспансера. Под наблюдением находилось 405 подростков с различными проявлениями легочного – 369 (91,1%) и внелегочного туберкулеза – 10 (2,5%), а также незначительное число больных 26 (6,4%), у которых диагноз туберкулеза был снят, что свидетельствует о трудности диагностики туберкулеза, нередко протекающего под маской других, неспецифических заболеваний.

Результаты. Среди больных туберкулезом представители женского пола составили 198 (56,2%), мужского – 207 (43,8%) человек. Подростков 14-15-летнего возраста было 205 (50,6%), 16-17-летнего – 200 (49,3%). Среди больных туберкулезом преобладали жители городов Тюменской области – 241 (59,5%) больной, жителей сельской местности было 151 (37,3%). Кроме того, 13 (3,2%) подростков прибыло из городов Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов. С учетом патогенеза туберкулеза в структуре клинических форм преобладали вторичные формы туберкулеза (диссеминированный, очаговый, инфильтративный туберкулез легких, туберкулема легких) – у 89,1% подростков. Из вторичных форм туберкулеза доминировал инфильтративный туберкулез легких – у 43,9%. Особенностью подросткового туберкулеза последних лет явилась встречаемость, как и у взрослых, хронических деструктивных форм. Последние зарегистрированы у 18 (4,4%) подростков. На долю первичных форм пришлось 13,8%, это классические формы первичного туберкулеза – первичный туберкулезный комплекс, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Особенностью подросткового туберкулеза последних лет, в том числе и на основании данных нашего наблюдения, стала констатация распространенных, осложненных форм у 125 (30,9%) пациентов. Осложненное течение характеризовалось вовлечением в процесс бронхов, обсеменением, плевральным выпотом на стороне поражения, кровохарканьем. Фаза распада выявлена у 86 (21,2%) больных, бактериовыделение – у 69 (17,0%), при этом у 21 (5,2%) подростка отмечена множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, что резко снижало эффективность лечения пациентов. У 15 (4,7%) пациентов были обнаружены различные сопутствующие заболевания (опистор-

хоз, саркоидоз, хронический риносинусит, в том числе и тяжелые: сахарный диабет, эпизиндром, постпневмонический пневмосклероз с формированием бронхоэктазов). Внегочечные формы были представлены туберкулезным спондилитом, туберкулезом центральной нервной системы, хориоритинитом, полисерозитом туберкулезной этиологии, туберкулезом селезенки, периферических лимфатических узлов (3,2%). Среди внегочечных форм на первом месте было поражение центральной нервной системы (туберкулезный менингит и менингоэнцефалит) – у $1\frac{1}{3}$ пациентов (0,9%). У 20 (6,3%) подростков, поступивших с подозрением на локальный туберкулез, последний был снят. У $\frac{3}{4}$ из них оказалась верхнедолевая пневмония. Лечение проводили по соответствующему режиму с учетом распространенности, бактериовыделения, устойчивости возбудителя к противотуберкулезным препаратам. 17 (4,2%) пациентов было прооперировано по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, цирротического туберкулеза легких, туберкулемы, эмпиемы.

Заключение. Среди клинических форм преобладали вторичные (89,1%) с преобладанием инфильтративного туберкулеза легких (43,9%). В структуре туберкулеза у подростков достаточно большую долю составили распространенные и осложненные формы туберкулеза органов дыхания (38,3%). Лечение пациентов осложнялось наличием множественной лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза в 5,2% случаев. Фаза распада и бактериовыделение констатированы в 21,2 и 17,0% случаев соответственно. Особенностью подросткового туберкулеза последних лет явилось обнаружение у наблюдаемых больных хронических деструктивных форм – 4,2%. Исход туберкулезного процесса зависел от наличия сопутствующих заболеваний, которые выявлены у 4,7% пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ МАНТУ И КОЖНОГО ТЕСТА С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

Н. С. КОЛЕСНИК, О. В. КОНАКОВА, Ю. В. ПОЛЯКОВА

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: сравнить информативность внутрикожных проб со стандартным туберкулином (проба Манту) и с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в препарате диаскин-тест (ДСТ) у детей из групп риска по туберкулезу для диагностики туберкулезной инфекции.

Материалы и методы. Проведено обследование 435 детей и подростков в возрасте от 1 года до 17 лет – 385 (88,5%) детей в возрасте 1-14 лет и 50 (11,5%) подростков 15-17 лет. Кроме стан-

дартных клинико-рентгенологических методов, в комплекс обследования включены проба с ДСТ, а также мультиспиральная компьютерная томография органов грудной полости и средостения (МСКТ). Для оценки информативности теста на пробу с ДСТ все пациенты были разделены на 2 группы: инфицированные из очагов туберкулезной инфекции или имевшие в анамнезе контакт с больным (187 человек, I группа, средний возраст – $8,3 \pm 0,2$ года) и инфицированные дети из здорово-