

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, эписиндром, постпневмонический пневмосклероз с формированием бронхоэктазов). Внелегочные формы были представлены туберкулезным спондилитом, туберкулезом центральной нервной системы, хориоритинитом, полисерозитом туберкулезной этиологии, туберкулезом селезенки, периферических лимфатических узлов (3,2%). Среди внелегочных 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-

го семейного окружения, при тщательном опросе которых контакт не был установлен (248 человек, II группа, средний возраст – $8,2 \pm 0,3$ года). Среди последних у 134 (54,0%) пациентов диагностировали вираж туберкулиновой пробы, у 57 (23,0%) – нарастание чувствительности к туберкулину, у 29 (11,7%) – стойкие гиперергические пробы, еще у 28 (11,3%) – инфицирование с монотонным характером чувствительности.

Результаты исследования. В результате анализа сведений о контакте установлено, что 75,9% пациентов проживали в семейных очагах инфекции, каждый пятый (19,6%) имел множественные семейные контакты, из очагов смерти были 11,3% контактных детей. Из очагов туберкулеза с бактериовыделителями были 83,3% детей, в том числе с больными туберкулезом с мультirezистентностью возбудителя – 33,1%. В семьях с низким материальным достатком проживали 47,1% пациентов I группы; в плохих социально-бытовых условиях – 20,3%, в неполных семьях – 24,1%, в многодетных – 14,9%.

Анализ результатов туберкулиновых проб у контактных и детей из здорового окружения не выявил достоверных различий в интенсивности туберкулиновой чувствительности. Наиболее часто в сравниваемых группах регистрировали реакции со слабой (5-9 мм) и умеренной чувствительностью (10-14 мм), при этом средний размер папулы составил $12,8 \pm 0,4$ и $12,5 \pm 0,2$ мм соответственно в группах, $p > 0,05$.

Анализ результатов пробы с ДСТ выявил различие между группами наблюдения: среди контактных достоверно чаще регистрировали положительные реакции – в 55,6%, у пациентов из здорового окружения – в 15,3%, $p < 0,05$. Степень интенсивности чувствительности к пробе с ДСТ у пациентов из контактов достоверно выше, чем из здорового окружения, о чем также свидетельствует средний размер инфильтрата – $15,7 \pm 0,3$ и $13,7 \pm 0,3$ мм соответственно ($p < 0,05$).

По мере давности контакта отмечена следующая зависимость выраженности туберкулиновых проб и реакций на пробу с ДСТ. Так, при длительности контакта от 4 мес. до 2 лет достоверно увеличивается (с $9,1 \pm 0,4$ до $17,8 \pm 0,8$ %) частота встречаемости интенсивных (15-16 мм) и гиперергических реакций (с $9,1 \pm 0,4$ до $28,6 \pm 1,2$ %) по сравнению с данными туберкулиновых проб при установлении контакта, $p < 0,05$. При этом одновременно снижается частота регистрации умеренных (10-14 мм) реакций на пробу Манту – с $38,2 \pm 0,9$ до $28,6 \pm 1,2$ %. В дальнейшем, при длительности контакта от 2 лет и более, отмечается снижение интенсивности туберкулиновых проб: гиперергические реакции регистрируются всего лишь в $18,7 \pm 0,8$ % случаев при длительности контакта 2-4 года и в $20,1 \pm 1,1$ % случаев – при длительности контакта свыше 4 лет. В то же время отмечается увеличение частоты уме-

ренных реакций – до $37,5 \pm 0,8$ % (давность контакта от 2 до 4 лет) и до $46,7 \pm 1,3$ % случаев (давность контакта от 4 лет и более). Следует отметить, что по мере давности контакта у детей сохраняются преимущественно умеренные положительные реакции на пробу Манту.

В отличие от характера туберкулиновых проб, интенсивность реакций на пробу с ДСТ по мере длительности контакта достоверно увеличивается за счет частоты регистрации высокоположительных (с $5,4 \pm 0,4$ % при установлении контакта до $18,7 \pm 0,9$ % – при давности контакта от 2 до 4 лет) и гиперергических реакций (с $26,4 \pm 1,1$ до $43,7 \pm 3,6$ %), $p < 0,05$. Следует указать, что при длительности контакта свыше 4 лет среди наблюдаемых детей (15 человек) регистрировали только лишь интенсивные (10-14 мм) и гиперергические реакции на пробу с ДСТ в 40,0 и 60,0% случаев соответственно.

Несмотря на то что по мере увеличения сроков давности контакта отмечалось снижение частоты регистрации интенсивных и гиперергических туберкулиновых реакций, средний размер папулы достоверно увеличивался – с $11,9 \pm 0,1$ мм при выявлении контакта до $13,8 \pm 0,6$ мм при давности контакта более 4 лет, $p < 0,05$.

В таблице представлены результаты пробы с ДСТ у детей II группы (из здорового окружения) в зависимости от характера туберкулиновых реакций.

Как видно из таблицы, у преимущественного числа пациентов II группы, положительно реагирующих на туберкулин, регистрируются отрицательные реакции на пробу с ДСТ. В то же время у 41,4% детей со стойкими гиперергическими туберкулиновыми реакциями по результатам пробы с ДСТ имеет место активная туберкулезная инфекция, что требует дальнейшего дообследования для исключения локальных проявлений специфического процесса.

По результатам теста на пробу с ДСТ (сомнительный и положительный результаты) нуждались в комплексном обследовании с применением современных лучевых методов 111 пациентов из очагов туберкулезной инфекции и 56 детей из здорового окружения. МСКТ органов грудной полости и средостения была проведена 42 детям I группы и 10 детям II группы. Патологические изменения в легких, во внутригрудных лимфоузлах, ранее не определяемые стандартными лучевыми методами, выявлены дополнительно у 24 (21,6%) человек из очагов туберкулезной инфекции и у 7 (12,5%) человек из здорового окружения.

Заключение. Сравнительный анализ результатов двух внутрикожных проб свидетельствует о том, что тест на пробу с ДСТ обладает большей информативностью для выявления детей из числа всех инфицированных с наиболее высоким риском развития туберкулеза. Частота и интен-

Результаты пробы с АТР у детей II группы в зависимости от характера туберкулиновых реакций

Интенсивность теста на пробу ДСТ	Выраж пробы, n = 134		Нарастание инфициров., n = 57		Стойкие гиперпробы, n = 29		Монотонный характер, n = 28	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отрицательный	111	82,8	42	73,7	12	41,4	27	96,4
Сомнительный	9	6,7	3	5,3	1	3,4	1	3,6
1-4 мм	5	3,7	2	3,5	1	3,4	-	-
5-9 мм	5	3,7	3	5,3	-	-	-	-
10-14 мм	4	3,0	4	7,0	3	10,3	-	-
Гиперергический	-	-	3	5,3	12	41,4	-	-
Размер папулы, мм	9,3 ± 0,2		13,2 ± 0,2		17,3 ± 0,3		-	

сивность положительных реакций на пробу с ДСТ инфицированных детей достоверно выше в очагах туберкулезной инфекции. По мере увеличения сроков давности контакта интенсивность реакций на пробу с ДСТ возрастает за счет частоты регистрации интенсивных и гиперергических реакций, что свидетельствует о высокой степени напряжения реактивности макроорганизма в от-

ношении туберкулезной инфекции и требует полноценного комплексного дообследования для исключения локального процесса. Для объективной оценки информативности метода необходимы доступность в диагностическом процессе современных инструментальных методов, улучшение оснащения материально-технической базы туберкулезных учреждений.

ДО- И ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПО ФТИЗИОПЕДИАТРИИ В УСЛОВИЯХ РЕОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. М. КОЛОМИЕЦ

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

Достигнутая стабилизация эпидемической ситуации как следствие процесса постепенной реализации Федеральных целевых программ «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» в условиях продолжающейся реорганизации системы здравоохранения обуславливает необходимость пересмотра программ до- и последиplomного образования по специальности «Фтизиатрия» применительно к фтизиопедиатрии. Без сомнения, проблемы туберкулеза у детей и подростков не то что потеряли свое значение и решаются в плане реализации комплексных мероприятий по Федеральным целевым программам. Затихли дискуссии о выделении специальности «Фтизиопедиатр». Очевидна необходимость разработки перспективных направлений, в связи с чем показано определиться – как готовить и каких специалистов этого направления во фтизиатрии?

Цель исследования: определение направлений и методов до- и последиplomного высшего медицинского образования по дисциплине «Туберкулез», раздел «Туберкулез у детей и подростков».

Материалы и методы. Анализу подвергнуты объемы специализированной медицинской по-

мощи по туберкулезу, оказываемой фтизиатрами детскому населению, и разработанный Федеральный государственный стандарт медицинско-го образования по дисциплине «Фтизиатрия» (ФГОС-3).

Известно, что объем противоэпидемических мероприятий обуславливается эпидемической ситуацией на определенной территории и в определенных контингентах населения. Известно также и то, что эпидемическая ситуация среди детей зависит от таковой среди всего, приоритетно взрослого, населения. Поэтому неудивительно, что показатель заболеваемости среди детей и подростков стабилизировался, хотя и на высоком уровне, в начале этого столетия. В последние же семь лет показатель заболеваемости практически мало изменяется, оставаясь на уровне 14,6-16,6 на 100 тыс., так как ее всплеск в 2011-2012 гг. во многих случаях является следствием гипердиагностики в связи с использованием новых технологий. Но если учесть демографическую ситуацию, то абсолютное число больных туберкулезом детей незначительно, что является очень благоприятным моментом. Так, в 2009 г. в стране было всего 167 детей-бактериовыделителей, и лишь у 28 (16,8%) человек обнаружена множествен-