

28 детей (46,4%). Результаты исследования уровня CD4-клеток имелись у 18 из 28 детей (11 детей до 6 лет и 7 детей более 6 лет). У половины обследованных детей выявлен ИД различной степени выраженности, при этом в возрастной группе до 6 лет ИД регистрировался в 2 раза чаще, чем у детей старше 6 лет (36,4% против 71,4%). Кроме того, выраженный и умеренный ИД у детей до 6 лет наблюдался в 2 и 2,5 раза чаще, чем у лиц старше 6 лет – 27,3 и 36,4% против 14,3 и 14,3% соответственно. Медиана уровня CD4-клеток у младших детей составила 762 кл/мкл при норме более 1 000 кл/мкл, у старших – 668 кл/мкл (норма более 500 кл/мкл). Сопутствующие и вторичные заболевания ВИЧ-инфекцией, кроме ТБ, выявлены у 32,1% больных (9 из 28). При этом гепатит С и поражения ЦНС наблюдались несколько чаще, чем другие заболевания, составив одинаково по 7,1% (2 человека) соответственно. Выявлено по одному (3,6%) случаю поражения мочеполовой системы, внебольничной пневмонии, анемии, дерматита и сифилиса.

Выводы. Кемеровская область характеризуется крайне неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по ВИЧ, ТБ и ТБ/ВИЧ. Частота вертикальной передачи ВИЧ превышает средние показатели по России. 10% детей, больных ВИЧ-инфекцией, страдают ТБ. Половина детей, больных сочетанной инфекцией, проживают на юге области в городах Новокузнецке и Прокопьевске. Возрастная структура представлена

преобладанием детей в возрасте до 6 лет (64,3%). У половины пациентов ТБ выявлен при обследовании по контакту с больными родственниками, у трети – при обращении с жалобами. При этом у подавляющего большинства пациентов (84,2%), выявленных по контакту, ТБ болели родители. Как правило, ТБ выявляли в условиях противотуберкулезного диспансера ($1/3$), общесоматического стационара ($1/4$) или районной поликлиники ($1/4$). В структуре клинических форм ТБ преобладал ТБ внутригрудных лимфатических узлов (53,6%). Осложненное течение ТБ имело место у 17,9% детей, а бактериовыделение – у 10,7%. Деструктивных форм ТБ не зарегистрировано. Большинство детей (75%) заразились ВИЧ перинатально от матерей. Почти у четверти детей болели ВИЧ-инфекцией оба родителя. Более половины (57,2%) детей имели клинические проявления ВИЧ-инфекции и ИД различной степени выраженности (50%). У детей младше 6 лет ИД регистрировался чаще и был более выражен. У трети больных зарегистрированы сопутствующие и вторичные заболевания ВИЧ-инфекции, преобладали гепатит С и поражение ЦНС. Для предотвращения распространения ТБ среди детей, больных ВИЧ-инфекцией, первоочередной задачей являются профилактические мероприятия, направленные на предотвращение контакта с больными ТБ родственниками, своевременное назначение профилактического лечения ТБ и антитретовирусной терапии.

СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ДИНАМИКЕ ЗА 20 ЛЕТ

И. Ф. КОПЫЛОВА¹, Е. Н. ЛУКАШОВА², Т. В. ПЬЯНЗОВА¹

¹Государственная медицинская академия,

²Областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово

Кемеровская область характеризуется напряженной эпидемиологической обстановкой по туберкулезу. Заболеваемость туберкулезом детей от 0 до 14 лет увеличилась с 15,7 на 100 тыс. в 1993 г. до 45,3 в 2005 г., к 2012 г. она составила 32,0. Заболеваемость подростков составила соответственно 23,3, 59,2 и 63,4 на 100 тыс.

Цель исследования: анализ изменений в структуре клинических форм активного туберкулеза у детей с 1993-1994 по 2012-2013 гг. в условиях Сибирского федерального округа (СФО) РФ на примере Кемеровской области.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования 636 детей в возрасте от 0 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Кемеровского областного клинического противотуберкулезного диспансера по поводу активного туберкулеза. Дети разделены на

3 группы: 1-ю составили 143 ребенка, пролеченных в 1993-1994 гг., 2-ю 296 – в 2004-2005 гг. и 3-ю 197 – в 2012-2013 гг. Изучен сплошной материал. Кроме традиционных методов обследования, с 2004-2005 гг. стала использоваться спиральная компьютерная томография (СКТ) в четверти случаев, а в 2012-2013 гг. – в $2/3$. Диаскинтест (ДСТ) применяется для обследования всех детей последние годы. Всем детям, туберкулез у которых выявлен в 2012-2013 гг., осуществлялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Статистическую обработку результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ Statistika 5.0, электронных таблиц Microsoft Excel 2003. При сравнении показателей учитывали достоверные различия при $p < 0,05$.

Результаты. Структура клинических форм активного туберкулеза за три изученных перио-

Состав детей по клиническим формам туберкулеза

Клинические формы туберкулеза	Временной период (годы)					
	1993-1994, 1-я группа		2004-2005, 2-я группа		2012-2013, 3-я группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ТБ ВГЛУ	91	48,4	150	50,7	93	47,2
Первичный туберкулезный комплекс	7	4,9	12	4,0	47	23,9*
Туберкулезная интоксикация детей и подростков	6	4,0	0	0	0	0
Плеврит	14	9,8	33	11,1	8	4,1
Очаговый туберкулез	1	0,7	16	5,4*	5	2,5
Инфильтративный туберкулез	7	1,9	59	19,9*	34	17,3*
Туберкулема	2	1,4	6	2,0	0	0
Фибринозно-кавернозный туберкулез	0	0	1	0,3	0	0
Диссеминированный туберкулез	0	0	3	1,0	0	0
Генерализованный	0	0	1	0,3	8	4,1
Внеторакальный	15	10,2	15	15	2,0	1,0*
Итого,	143	100	296	100	197	100
в том числе МБТ+	6	4,2	32	10,8	14	7,1
осложненные формы	44	30,8	66	22,3	46	23,3

Примечание: * $p < 0,05$ по сравнению с 1-й группой.

да представлена в таблице. Доля детей с туберкулезом внутригрудных лимфоузлов (ТБ ВГЛУ) остается стабильно высокой, составляя около половины всех случаев. Значительный рост частоты первичного туберкулезного комплекса (с 4,9% в 1-й группе до 23,9% в 3-й) и отсутствие такой формы первичного туберкулеза, как туберкулезная интоксикация детей и подростков, с 2004 г. объясняется повышением информативности рентгенологического обследования за счет внедрения СКТ. Значительное увеличение долей детей с очаговым туберкулезом (с 0,7 до 5,4%) и инфильтративным (с 1,9 до 19,9%) обусловлено выраженным повышением инфицированности детского населения, что сопровождается нередким развитием туберкулеза вторичного генеза. Инфильтративный туберкулез в 40-50% случаев (25 из 59 во 2-й группе и 17 из 32 в 3-й) сопровождался фазой распада. При туберкулезе органов дыхания деструктивные процессы отсутствовали в 1-й группе и составили 8,8% (26 из 296) во 2-й и 8,6% (17 из 197) – в 3-й группе. Значительная доля больных с генерализованным туберкулезом в 3-й группе (4,1% – 8 из 197), наряду с сокращением доли больных с внеторакальными локализациями туберкулеза (с 10,7 до 1%), объясняется внедрением высокоинформативных методов диагностики (СКТ, УЗИ, ДСТ). Туберкулезный менингит диагностирован у 5 детей в 1-й группе (3,5%), у 2 – во 2-й (0,6%) и у 2 в 3-й (1%). Частота осложненных форм туберкулеза у детей несколько сократилась: с 30,8 до 23,3%. В 1993-1994 гг. осложнения были представлены преимущественно долевыми и сегментарными бронхолегочными поражениями (нарушением проходимости бронха с ателектазом), диагностированными в 48,4% случаев при ТБ ВГЛУ (44 из

91). Во 2-й группе частота таких осложнений сократилась до 15,3% (23 из 150) одновременно с увеличением показателя заболеваемости детей (с 15,7 на 100 тыс. в 1993 г. до 45,3 в 2005 г.). Можно связать такую динамику с улучшением выявления заболевших. В 3-й группе частота названных осложнений составила 17,2% (16 из 93) при снижении заболеваемости до 32. Одновременно с сокращением частоты бронхолегочных поражений появилось значительное число осложнений в виде деструкций, что было отмечено выше. Следствием явился рост частоты бактериовыделения при всех формах туберкулеза с 4,2% (6 из 143) до 10,8% (32 из 296) и 7,1% (14 из 197).

Заключение. В Кемеровской области СФО РФ за последние 20 лет (1993-2013) произошли существенные изменения в структуре клинических форм активного туберкулеза у детей и подростков от 0 до 18 лет. Увеличилась доля больных с очаговым и инфильтративным туберкулезом в связи с ростом инфицированности детей и развитием у них туберкулеза вторичного генеза (преимущественно за счет подростков). Склонность инфильтративного туберкулеза к распаду привела к росту частоты деструкций и бактериовыделения. Следствием внедрения высокоинформативных методов диагностики (СКТ, ДСТ, УЗИ) явилось повышение доли детей с первичным туберкулезным комплексом, отсутствие такой формы первичного туберкулеза, как туберкулезная интоксикация, увеличение доли детей с генерализованными процессами. Увеличение показателя заболеваемости детей в первом десятилетии XXI в. при снижении частоты осложнений в определенной степени также можно связать с улучшением диагностики и выявления.