

мненна. Полагаем, что обсуждаемые вопросы и результаты исследования могут иметь большое значение для междисциплинарного взаимодей-

ствия при оказании пульмонологической помощи детскому населению с позиций доказательной медицины.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ С ВЫСОКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗА

Л. И. МОТАНОВА¹, Г. Е. КОВАЛЕНКО², Ю. В. ПОПОВА²

¹Тихоокеанский государственный медицинский университет,

²Краевой противотуберкулезный диспансер, г. Владивосток

Многолетний опыт применения вакцины БЦЖ у детей доказывает большое значение вакцинации для профилактики туберкулеза. Установлено, что прививки предупреждают развитие генерализованных форм заболевания и, тем самым, значительно снижают смертность от туберкулеза детей раннего возраста. Вместе с тем целесообразность прививок против туберкулеза является предметом дискуссий врачей-педиатров, фтизиатров и широкой общественности. В связи с сомнениями в эффективности вакцинации и боязни развития осложненных реакций возрастает число отказов родителей от вакцинации детей в родильном доме. Защитная роль вакцины во многом зависит от распространенности туберкулеза в том или ином регионе. Актуальны исследования по вакцинопрофилактике туберкулеза на территории с высокой распространенностью заболевания.

Цель: оценка эффективности массовой вакцинации против туберкулеза на территории с высокой распространенностью данного заболевания.

Материалы и методы. Проанализированы данные отчетных форм 3 039 детей Приморского края (г. Владивосток) в возрасте от 1 года до 14 лет, рожденных в 1997 г., привитых вакциной БЦЖ (92%), БЦЖ-М (8%). Мальчиков было 1 562 (51,4%), девочек – 1 476 (48,6%). Эффективность вакцинации определяли по размерам рубчиков, сформировавшихся на месте введения вакцины, чувствительности к туберкулину по данным пробы Манту с 2 ТЕ в динамике, срокам инфицированности детей микобактериями туберкулеза (МБТ), а также по числу детей, заболевших туберкулезом в течение всего периода наблюдения.

Результаты. При анализе данных эффективности вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М установлено, что у детей, привитых вакциной БЦЖ, рубчики размером 4 мм и более развились в 90% случаев. Снижение эффективности прививки отмечено у 10% детей, из них у 1% рубчики на месте введения вакцины отсутствовали и у 9% составляли менее 4 мм. У детей, привитых вакциной БЦЖ-М, эффективность вакцинации была ниже, а доля рубчиков размером 4 мм и более составила только 79%, рубчики на месте введения вакцины отсутствовали у 14% детей, у 17% – размер рубчиков был менее 4 мм.

Через год после вакцинации положительная чувствительность к туберкулину отмечена в 39,4% случаев, у 30,9% – реакции на туберкулин были отрицательными и у 19,4% – сомнительными. В динамике число положительных реакций уменьшается в течение 5 лет после вакцинации, что свидетельствует об угасании поствакцинального иммунитета. С 6 лет число положительных реакций нарастает в связи с первичным инфицированием детей МБТ. Наибольшее число отрицательных реакций отмечается через 2-5 лет после введения вакцины, следовательно, у довольно большого числа детей поствакцинальная аллергия не развивается. К 8 годам доля отрицательных реакций на туберкулин значительно снижается. Из всех детей, вакцинированных БЦЖ, к 14-летнему возрасту не инфицированными МБТ осталось 25,8%. Основная часть детей инфицировалась в возрасте от 7 до 14 лет – 43,0%. С 3 до 7 лет инфицировалось 29,0% детей. Доля инфицированных детей в возрасте до трех лет составила 2%. Из всех детей, вакцинированных БЦЖ-М, к 14 годам не инфицированными МБТ осталось 24%. Основная часть детей инфицировалась в возрасте от 7 до 14 лет – 45%, от 3 до 7 лет – 27%. Число инфицированных детей в возрасте до трех лет составило 4%. Несмотря на доказанное отсутствие влияния противотуберкулезной вакцинации на инфицированность детей МБТ, полученные данные свидетельствуют о более частом инфицировании детей до 3 лет, которым проведена щадящая иммунизация вакциной БЦЖ-М. После вакцинации БЦЖ-М в возрасте до 3 лет инфицировалось 4% детей, после вакцинации БЦЖ – 2%.

Дети г. Владивостока, рожденные в 1997 г., вакцинированы БЦЖ в 100% случаев. Охват прививками БЦЖ/БЦЖ-М до 1 года жизни составил 99,6%, остальные дети вакцинированы после снятия длительных медицинских отводов в сроки больше одного года. Отказов от вакцинации БЦЖ/БЦЖ-М не было. В возрасте 7 лет ревакцинировано 21,2% детей, у которых отмечена отрицательная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ. В 14 лет детей с отрицательными реакциями на пробу Манту с 2 ТЕ оказалось только 0,3%, что связано с высокой инфицированностью детского населения г. Влади-

востока. В 1997-2003 гг., согласно нормативным документам, проводилось повторное введение вакцины детям, у которых через 2 года после вакцинации не сформировались местные реакции и была отрицательная чувствительность к туберкулину. Повторное введение вакцины БЦЖ проведено 15 (1%) детям. После применения вакцины БЦЖ-М в повторной вакцинации нуждалось 12 (5%) детей. После вакцинации БЦЖ поствакцинальные осложнения зарегистрированы у 4 (0,14%) детей; из них: у одного ребенка отмечен холодный абсцесс и у 3 детей – аксиллярные лимфадениты. Осложнения развились в течение 5 мес. после введения вакцины. После первой ревакцинации БЦЖ осложнение развилось у одного (0,16%) ребенка, у которого отмечен келлоидный рубец. Осложненных реакций на введение вакцины БЦЖ-М не выявлено.

За период наблюдения с 1997 по 2012 г. туберкулез выявлен у 19 детей, среди которых мальчиков было 13 (68,4%), девочек – 6 (31,6%). Из них у 10 (52,6%) выявлены активные формы туберкулеза. У 5 (26,3%) детей отмечены первичные формы туберкулеза органов дыхания, у 3 (15,8%) детей выявлен очаговый туберкулез легких, у 2 (5,3%) – туберкулезный остит. У 9 (47,4%) детей установлено клиническое излечение первичных форм туберкулеза в виде единичных, мелких, полностью кальцинированных внутригрудных лимфатических узлов – 6 (31,6%) или мелких кальцинированных очагов в легочной ткани – 3 (15,8%). Осложненных форм заболевания, процессов в фазе распада, а также бактериовыделения не выявлено.

Из всех заболевших туберкулезом эффективно привиты на первом году жизни вакциной БЦЖ 17 (89,5%) детей, БЦЖ-М – один ребенок. У одного ребенка после вакцинации БЦЖ отсутствовал рубец. 17 (89,5%) детей заболели туберкулезом в возрасте старше 7 лет, когда защитное действие вакцинации БЦЖ снижается. Все дети, у которых выявлен очаговый туберкулез, были старше 12 лет.

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о высокой эффективности вакцинации БЦЖ/БЦЖ-М на территории с высокой заболеваемостью туберкулезом. В течение 15 лет наблюдения туберкулезом заболело 19 детей, что составило 0,6% от вакцинированных. Заболевание в 10,5% случаев выявлено у детей до 7 лет и в 89,5% – у детей школьного возраста. Смертности от туберкулеза среди обследуемой возрастной группы не отмечалось. Охват прививками БЦЖ/БЦЖ-М до 1 года жизни составил 99,6%, остальные дети вакцинированы после снятия длительных медицинских отводов в сроки больше одного года. Отказов от вакцинации БЦЖ/БЦЖ-М не было. После вакцинации БЦЖ отмечено четыре случая осложненного течения местной реакции на введение вакцины. Доля осложнений вакцинации БЦЖ составила 0,14%. В структуре осложнений преобладают регионарные лимфадениты – 75%, холодные абсцессы составили 25% случаев. Осложнение после первой ревакцинации БЦЖ в виде келлоидного рубца зарегистрировано у одного ребенка. После вакцинации БЦЖ-М осложнений не отмечено.

КОСТНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕРИИ СЛУЧАЕВ)

А. Ю. МУШКИН¹, В. В. ВАТУТИНА¹, В. А. ЕВСЕЕВ¹, Е. Ю. МАЛЯРОВА¹, В. А. БОЙЧЕНКО²

¹ФГБУ «СПбНИИФ» Минздрава России,

²Детская инфекционная больница № 5 им. Н. Ф. Филатова, г. Санкт-Петербург

Течение и особенности туберкулеза костей и суставов (КСТ) у детей с хронической гранулематозной болезнью (ХГБ) плохо знакомы врачам общей практики, фтизиатрам и хирургам.

Цель исследования: анализ особенностей КСТ у детей с ХГБ.

Материалы и методы. В период с 1995 по 2013 г. прооперированы 7 детей по поводу КСТ на фоне ХГБ, что составило 0,3% от общего числа оперированных за этот период больных КСТ. Диагноз КСТ установлен у всех больных на основании гистологического исследования операционного материала; бактериологическая верификация диагноза – в одном случае. Осложнение процесса микотическим поражением констатировано в 5 случаях, в том числе в одном – аспер-

гиллезом, в остальных – кандидозом. Критерием установления ХГБ являлись низкие показатели тестов спонтанной и индуцированной хемиллюминесценции.

Изучены клинические особенности заболевания, особенности костных поражений и результаты лечения.

Результаты. У 6 из 7 детей первые признаки иммунной недостаточности проявились в первые три месяца жизни в виде синдрома мальабсорбции и пневмонии; длительность диагностической паузы (время от появления первых признаков заболевания до подтверждения ХГБ) колебалась от 4 мес. до 5 лет; к моменту госпитализации в СПбНИИФ возраст детей – от 10 месяцев до 12 лет, практически все они ранее