

ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю. Д. РОДИОНОВА, Л. А. БАРЫШНИКОВА, Н. А. МАЛОМАНОВА

ГБУЗ «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н. В. Постникова»

Цель исследования: определение частоты и видов лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у детей и подростков.

Материалы и методы. С помощью сплошного ретроспективного метода изучены все случаи выявления активного туберкулеза у детей и подростков за 2000-2007 гг. в Самарской области. У больных определяли частоту бактериовыделения, наличие и характер лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Чувствительность возбудителя выявляли к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, канамицину.

Результаты и обсуждение. Всего за изучаемый период выявлено 878 больных с активными формами туберкулеза. Детей было 527 человек (0-14 лет), подростков – 351 (15-17 лет). Бактериовыделение отмечалось у 116 человек, что в целом составило 13,2%. Среди детей бактериовыделители зарегистрированы в 3,2% случаев, подростков с бактериовыделением выявлено 28,2%. Таким образом, среди больных подросткового возраста более чем в четверти части случаев диагноз туберкулеза подтверждается бактериологически. Чувствительность ко всем пяти противотуберкулезным препаратам была сохранена в 66,1% наблюдений. Лекарственная устойчивость выявлена в 33,9% случаях. Из них к одному препарату микобактерии туберкулеза устойчивы были в 15,8% случаев, к двум

препаратам – в 36,8%, к трем и более противотуберкулезным препаратам – у 47,4% больных. Множественная лекарственная устойчивость выявлена в 52,6% случаев. Устойчивость к изониазиду зарегистрирована в 63,2% случаев, к рифампицину – в 68,4% случаев, к стрептомицину – у 73,7% больных, к этамбутолу – у 26,3% больных, к канамицину – в 26,3% случаев. Таким образом, наиболее часто выявлялась устойчивость микобактерий туберкулеза к стрептомицину, на втором месте – устойчивость к рифампицину и изониазиду, на третьем месте – к канамицину и этамбутолу.

Выводы. 1. В подростковом возрасте среди больных туберкулезом бактериовыделение наблюдается в четверти случаев.

2. У детей и подростков лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам выявляется у каждого третьего больного, множественная лекарственная устойчивость – в каждом втором случае.

3. По частоте встречаемости лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза первое место занимает стрептомицин, второе место – рифампицин и изониазид, третье место – канамицин и этамбутол.

4. Лечение детей и подростков без бактериовыделения должно проводиться с учетом данных анамнеза о наличии лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у источника заражения.

СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Т. Ю. САЛИНА, Т. И. МОРОЗОВА

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ России

Цель: изучить состояние гуморального иммунного ответа на основе определения уровня антител к *M. tuberculosis* у детей и подростков с разными клиническими формами туберкулеза.

Материалы и методы. Обследовано 154 пациента в возрасте от 3 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в Саратовском областном клиническом противотуберкулезном диспансере. В зависимости от клинических проявлений туберкулеза пациенты были распределены на 5 групп. В группу 1 включены 18 детей с первичным туберкулезным инфицированием (вираж туберкулиновых проб). Группу 2 составили 24 ребенка с первичным туберкулезным комплексом, группу

3 – 55 детей с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, группу 4 – 11 подростков с инфильтративным туберкулезом легких, группу 5 – 46 детей с неактивными посттуберкулезными изменениями в легких в виде единичных кальцинатов. У всех пациентов проводили определение суммарных антител (Ig G, M, A) к *M. tuberculosis* в сыворотке крови с помощью метода твердофазного иммуноферментного анализа с применением набора реагентов «АТ-Туб-Бест-стрип», ЗАО «Вектор-Бест», г. Новосибирск. Количественный учет результатов реакции иммуноферментного анализа проводили путем измерения оптической плотности (ОП) образца на многоканальном иммуно-