

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-

ферментном анализаторе марки «Линкей», НПО «Научные приборы», г. Санкт-Петербург, при длине волны 450 нм. Статистическую обработку результатов исследования выполняли с использованием компьютерных программ Microsoft® Excel для Windows® и Statistica на персональном компьютере. Использовали методики описательной статистики (среднее арифметическое, ошибка средней арифметической). Оценку достоверности различий величин показателей осуществляли с использованием непараметрического критерия – теста Вилкоксона. В качестве критического уровня достоверности был принят критерий 0,05.

Результаты. Наиболее высокий уровень антител к *M. tuberculosis* был обнаружен в группе 2 – 19 (79,2%) положительных результатов, средний уровень ОП образцов составил $0,35 \pm 0,05$ усл. ед., а также в группе 4, где получено 8 (72,7%) положительных результатов, средний уровень ОП $0,39 \pm 0,20$ усл. ед. Несколько меньшее число положительных результатов было выявлено в группе 3 – у 31 из 55 обследованных (56,4%), средний

уровень ОП $0,24 \pm 0,03$ усл. ед. Частота выявления повышенного уровня антител к *M. tuberculosis* у пациентов с локальными формами активного туберкулеза (группа 2 и 4) была достоверно выше, чем у здоровых, недавно инфицированных детей (группа 1) и детей с неактивными посттуберкулезными изменениями в легких (группа 5). Так, в группе 1 (дети с виражом туберкулиновых проб) было выявлено 5 (27,8%) положительных результатов, и средний уровень ОП составил $0,14 \pm 0,02$ усл. ед., $p_{1-2} < 0,01$, $p_{1-4} < 0,01$. В группе 5 число положительных результатов составило 17 (36,9%), средний уровень ОП $0,18 \pm 0,03$ усл. ед., $p_{2-5} < 0,01$, $p_{4-5} < 0,01$.

Выводы. Наибольшие изменения гуморального иммунного ответа наблюдаются у детей и подростков с локальными формами активного туберкулеза, особенно у детей с первичным туберкулезным комплексом и подростков с инфильтративным туберкулезом легких, что может указывать на необходимость проведения в данных группах иммунореабилитационных мероприятий.

ОСЛОЖНЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ

М. Д. САФАРЯН^{1,2}, А. П. ГЕВОРКЯН^{1,2}, А. К. УЛУМЯН²

¹Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци

²Республиканский противотуберкулезный диспансер, Армения

Цель исследования: изучить клинические проявления и течение осложнений БЦЖ-вакцинации.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни и карты диспансерного наблюдения 157 детей с осложненным течением вакцинации БЦЖ.

Результаты. Изучение случаев показало, что все дети были без перинатальной патологии, вакцинированы в первые 2-3 дня после рождения в различных родильных домах республики. Городских жителей было в 2,5 раза больше сельских, по полу распределение было примерно одинаковым. Все дети были из здорового окружения. Первые признаки осложнения вакцинации чаще проявлялись в возрасте 1-6 месяцев (75,6%), с одинаковой частотой от 1 до 3 и от 3 до 6 месяцев (58 и 60 случаев соответственно), 6-9 месяцев – у 25 (15,9%) детей, реже – до 1 месяца и в возрасте 9-12 месяцев. Поствакцинальный рубчик находился на стадии формирования в 48% случаев, а в 52% случаев уже был сформирован. Преобладали случаи поражения подмышечных лимфоузлов (91,1%), единичными были случаи поражения надключичных (7,0%), шейных (1,9%) и сочетанных поражений лимфоузлов различных групп (3,2%). Поражение локализовалось в основном в пределах одного лимфоузла (80,2%), два лимфоузла были поражены в 13,4%

случаев, а в 6,4% случаев наблюдалось поражение в виде конгломерата из 3 лимфоузлов и более. Размеры лимфоузлов варьировали чаще от 11-20 мм (79,0%), в том числе 11-15 мм – 47,8%, 16-20 мм – 31,2%. Реже наблюдались следующие размеры: 8-10 мм – 5%, 21-25 мм – 11,5%, 26 мм и более – 4,5%. Лимфадениты, осложненные свищами, наблюдались в 20,4% случаев. Поражения периферических лимфоузлов не сопровождались признаками интоксикации и отклонениями лабораторных данных от нормальных показателей. Поражения внутригрудных лимфоузлов наблюдались в 2 случаях. При увеличении размеров лимфоузлов более 20 мм и при их свищевой форме (26,7%) назначали противотуберкулезное лечение изониазидом, рифампицином и стрептомицином в течение 2 мес. В результате анализа отделяемого из свищевых форм была выявлена устойчивость возбудителя к пиразинамиду. В случае одновременного поражения периферических и внутригрудных лимфоузлов противотуберкулезное лечение было назначено в течение 6 мес. В 73,3% случаев было проведено динамическое наблюдение фтизиатром по месту жительства без медикаментозного лечения. Ликвидация воспаления в лимфатических узлах отмечена в 98,7% случаев: при медикаментозном лечении в срок до 3 мес., а без лечения – в срок до 6 мес.