

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОЧАГАХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

АЛЕКСАНДРОВА Е. Н., МОРОЗОВА Т. И.

TUBERCULOSIS IN CHILDREN OF THE TENDER AGE EXPOSED TO DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS IN THE PLACE OF THEIR RESIDENCE

ALEXANDROVA E. N., MOROZOVA T. I.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, г. Саратов

V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, RF

Дети раннего возраста составляют особую группу риска по заболеванию туберкулезом. При этом возникновению специфического процесса способствует не только наличие туберкулезного контакта, как правило, семейного, но и напряженность поствакцинального иммунитета у привитых вакциной БЦЖ, анатомо-физиологические особенности детского организма, состояние недостаточно сформированной системы иммунной защиты.

Цель: анализ особенностей течения туберкулеза у детей раннего возраста из очагов туберкулезной инфекции, особенно при наличии контакта с больными, выделяющими возбудитель с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ).

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни детей первых 2 лет жизни ($n = 29$), лечившихся в Областном клиническом противотуберкулезном диспансере с 2010 по 2013 г.

Результаты. За период наблюдения (2010-2013 гг.) в Саратовской области заболеваемость туберкулезом детей в возрасте от 0 до 2 лет составляла в среднем 6,5 на 100 тыс., что не превышало областной показатель (8,1 на 100 тыс.). Среди всех заболевших туберкулезом детей в 2010-2013 гг. доля детей раннего возраста составляла 18,2%. В возрастной структуре заболевших преобладали дети старше 1 года (85,2%), дети в возрасте до года составляли 13,8%. Наличие туберкулезного контакта зафиксировано в 75,9% случаев. Все дети, заболевшие туберкулезом в возрасте до 1 года, имели семейный туберкулезный контакт. Проведен анализ очагов туберкулеза, где проживали дети. Оценивали форму туберкулезного процесса, выделение микобактерий туберкулеза (МБТ) и их лекарственную устойчивость, сроки развития процесса у ребенка по отношению к установлению диагноза туберкулеза у источника инфекции, учет в группах диспансерного наблюдения. У 63,6% детей был контакт с больными, выделяющими лекарственно-чувствительные или моно/полirezистентные МБТ. Только в 4 случаях дети контактировали с больными фиброзно-кавернозным туберкулезом, у остальных был инфильтративный туберкулез с бактериовыделением. Одна треть МЛУ МБТ, преобладал семей-

ный контакт (в 4 случаях болели туберкулезом отец и мать, в 3 – отец). У 6 детей в семье проживали больные фиброзно-кавернозным туберкулезом (диагноз установлен более 1-3 лет). У взрослых с МЛУ-туберкулезом отмечались различные варианты лекарственной устойчивости возбудителя: HRS, HRSE, HRSEPAS и один случай широкой лекарственной устойчивости (HRSEKPtOf). В одной трети случаев диагностика специфического процесса в семье совпала с выявлением заболевания у ребенка. Только 22,7% взрослых состояли на учете по IV A группе диспансерного учета, при этом дети, проживающие с ними, фтизиатром не наблюдались, профилактическое лечение не проводилось. Специфические процессы у детей раннего возраста, проживающих в очагах туберкулеза, были выявлены активно в 86,3% случаев (проба Манту с 2 ТЕ и лучевые методы) и в 13,7% – по обращению к врачам общей лечебной сети (все из очагов с МЛУ МБТ). У детей преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (77,2%), с осложнениями (4 случая). Генерализованные формы туберкулеза (13,2%) были диагностированы только у детей в возрасте до 1 года, которые проживали в очагах с МЛУ МБТ и не были вакцинированы против туберкулеза. Среди заболевших детей 22,7% не были вакцинированы против туберкулеза по медицинским противопоказаниям, у 36,4% детей иммунизация была неэффективной – отсутствовали или были маленькими рубцы на месте введения вакцины БЦЖ. Хорошо сформированные знаки определялись только у 40,9% вакцинированных. Иммунологические пробы у заболевших детей были положительными: в 90,6% на пробу Манту с 2 ТЕ и в 95,0% случаев на пробу с диаскинтестом. Гиперергическая чувствительность на введение стандартного туберкулина (2 ТЕ) и диаскинтеста совпали у 51,2% пациентов.

Заключение. Ранний детский возраст является фактором риска по заболеванию туберкулезом. При этом особого внимания фтизиатров, педиатров требует группа детей, проживающих в очагах туберкулезной инфекции, особенно при наличии МЛУ/ШЛУ МБТ у источника инфекции. Только

качественно проводимые и регламентированные приказами профилактические/диагностические мероприятия в очаге (разобщение туберкулезного контакта, проведение иммунологических проб, назначение контролируемого профилактического лечения в условиях противотуберкулезных санаториев или

в долокальных отделениях противотуберкулезных диспансеров, качественная вакцинация детей в родильном доме или в детской поликлинике при снятии медицинских противопоказаний) будут способствовать снижению заболеваемости туберкулезом детей раннего возраста.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ХОРИОРЕТИНИТА

АЛЕКСАНДРОВА Т. Е.

EVALUATION OF TREATMENT EFFICIENCY OF TUBERCULOUS CHOREORETINITIS

ALEXANDROVA T. E.

ФГБУ «Туберкулезный санаторий "Выборг-3"» МЗ РФ, Ленинградская область, п. Красный Холм

Vyborg-3 Tuberculosis Sanatorium, Leningrad Region, Krasny Kholm, RF

Туберкулезный хориоретинит – длительное заболевание со склонностью к рецидивам и хронизации, требующее этапного лечения.

Цель: оценка толщины хориоретинальных очагов на глазном дне у больных с клинически излеченным туберкулезным хориоретинитом до и после комплексного санаторного лечения.

Материалы и методы. Проведено пилотное исследование, в которое включены 11 больных III группы диспансерного учета с очаговой поствоспалительной хориоретинальной дистрофией оболочек глаза макулярной локализации после перенесенного туберкулезного хориоретинита. У 3 из этих пациентов были поражены оба глаза, поэтому общее число глаз (как единиц наблюдения) составило 14.

Всем пациентам выполняли стандартные офтальмологические исследования при поступлении в санаторий и по окончании лечения. Санаторная реабилитация пациентов этой категории состояла из общего и местного лечения на фоне приморско-лесного климата. Пациентам назначали пешие прогулки по местности, лечебную гимнастику, диетпитание, травяные чаи. Общее лечение включало внутримышечное введение витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, внутривенное введение трентала и милдроната. Местное лечение включало парабульбарные инъекции препаратов трофического действия – эмоксипина, тауфона, гистохрома, актовегина, магнитотерапию. Продолжительность лечения составляла 2 мес. согласно группе диспансерного учета.

Морфологические изменения сетчатки (макулярной зоны) оценивали с помощью оптической когерентной томографии. Эта неинвазивная сканирующая методика благодаря высокой разрешающей способности прибора позволяет изучать сетчатку на морфологическом уровне прижизненно. Важная функция когерентного томографа заключается в воз-

можности количественной оценки толщины сетчатки в микронах (мк) в исследуемой области. Использовали аппаратно-программный комплекс RTVue – 100 (OptoVue, США). Всем пациентам сканировали макулярную зону по протоколу EMM5 до начала лечения и по его завершении. Этот протокол предусматривает измерение полной толщины слоев сетчатки от внутренней пограничной мембраны до пигментного эпителия. Толщина измеряется в 9 сегментах макулярной зоны и представляется в целом как цветная карта. Полученную цветную карту распечатывали и фиксировали в истории болезни, а второй ее экземпляр с заключением выдавали на руки пациенту.

Статистическую обработку числовых показателей проводили описательными методами на персональном компьютере в программе Statistica 6.1.

Результаты. Показатели толщины сетчатки представлены в таблице.

Как следует из таблицы, комплексное общее и местное противодистрофическое лечение приво-

Таблица

Толщина сетчатки в макулярной зоне у больных с посттуберкулезной дистрофией

Сегмент макулярной зоны		До лечения, мк	После лечения, мк
Радиус 1 мм		301,50 ± 46,05	243,50 ± 68,68
Радиус 3 мм	Верхний	307,50 ± 21,21	250,50 ± 11,47
	Нижний	286,30 ± 21,17	256,50 ± 25,68
	Височный	292,50 ± 7,14	239,25 ± 42,79
	Носовой	277,75 ± 26,42	247,00 ± 41,04
Радиус 5 мм	Верхний	283,25 ± 36,39	265,00 ± 27,22
	Нижний	286,50 ± 29,59	262,75 ± 26,31
	Височный	284,50 ± 26,59	253,50 ± 54,18
	Носовой	255,50 ± 37,93	217,50 ± 58,98