

ект низкого риска), одиннадцатая – с наименьшей (субъект высокого риска).

Результаты. При анализе деятельности учреждений противотуберкулезной службы установлена дифференциация территорий Урала по коэффициентам, характеризующим организацию и эффективность лечения больных туберкулезом. Различия субъектов, курируемых ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2014 г. по охвату госпитализацией впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением составляли 1,1 раза, прекращению выделения микобактерий туберкулеза у впервые выявленных больных данным заболеванием – 1,4 раза, закрытию полостей распада у больных деструктивным туберкулезом органов дыхания – 1,4 раза, клиническому излечению

и абациллированию контингентов – 1,7 и 2,4 раза соответственно, доле оперированных больных туберкулезом органов дыхания, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях, – 3,2 раза.

Заключение. По данным интегральной оценки показателей, характеризующих организацию и эффективность лечения больных туберкулезом, Удмуртская Республика и Ямало-Ненецкий автономный округ отнесены к группе территорий высокого риска, тогда как Республика Башкортостан и Тюменская область – низкого риска.

Результаты проведенных исследований могут быть использованы руководителями противотуберкулезных учреждений территорий курации федерального института для принятия управленческих решений, направленных на совершенствование организации и повышение эффективности лечения больных туберкулезом.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ С ФОРМИРОВАНИЕМ БОЛЬШИХ ОСТАТОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

ПОДДУБНАЯ Л. В.¹, ДУБАКОВА Г. Ф.², ЛИТВИНОВА И. А.², ПАНИНА Т. А.²

CHARACTERISTICS OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN CHILDREN OF THE ELDER AGE AND ADOLESCENTS WITH FORMATION OF SIGNIFICANT RESIDUAL CHANGES

PODDUBNAYA L. V.¹, DUBAKOVA G. F.², LITVINOVA I. A.², PANINA T. A.²

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», г. Новосибирск

²ГБУЗ НСО «Областная детская больница», г. Новосибирск

¹Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

²Regional Children Hospital, Novosibirsk, RF

Химиотерапия (ХТ), бесспорно, занимает ведущее место в лечении больных туберкулезом в качестве этиотропного метода, сущность которого заключается в уничтожении или подавлении размножения микобактерий туберкулеза (МБТ) в организме больного. Клиническое излечение от туберкулеза может характеризоваться формированием больших остаточных изменений, что требует применения хирургических методов лечения с целью предупреждения хронизации процесса туберкулеза у детей.

Цель: изучить причины формирования больших остаточных изменений туберкулеза легких у детей старшего возраста и подростков.

Материал исследования. Ретроспективный анализ результатов комплексного лечения больных туберкулезом легких детей старшего возраста и подростков ($n = 71$). Пациенты разделены на две группы: 1-ю составили дети с большими остаточными изменениями ($n = 31$), 2-ю – с малыми

остаточными изменениями ($n = 40$). Статистическую обработку материала проводили с помощью программы Microsoft Office Excel 2007 с использованием непараметрических методов и статистической значимости различий по Стьюденту. Различия считались значимыми при $p < 0,05$. Среди наблюдавшихся пациентов мальчики составили 46,5% ($n = 33$), девочки – 53,5% ($n = 38$). Из них в возрасте 8-14 лет – 28% детей, 15-17 лет – 72%. Контакт с больным туберкулезом имели 31% ($n = 22$), в основном семейный ($n = 18$), из них у $2/3$ пациентов родители вели асоциальный образ жизни. В структуре клинических форм преобладали вторичные – $79,0 \pm 4,8\%$ ($n = 56$). Лечение с использованием ХТ по 1-му режиму получали 63,3% ($n = 45$) пациентов, 4-му – 17% ($n = 12$), индивидуальной схемы – 14,8% ($n = 10$). У 17 (24%) пациентов сформировалась фиброзная каверна, у 13 – туберкулема (18%), у одного – казеома плевры (1,5%).

Результаты исследования. Структура клинических форм туберкулеза и характер процесса при диагностике заболевания у наблюдавшихся пациентов представлены в таблице. У пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й преимущественно диагностировали инфильтративный туберкулез легких; фазу распада регистрировали в 3 раза чаще ($61,3 \pm 8,7$ и $17,5 \pm 6,0\%$), множественную лекарственную устойчивость (МЛУ) – в 3 раза чаще ($25,8 \pm 7,8$ и $7,5 \pm 4,2\%$) соответственно группам наблюдения ($p < 0,05$). Важно отметить, что контакт с больным туберкулезом имел каждый второй больной 1-й и каждый восьмой 2-й группы ($54,8 \pm 8,9$ и $12,5 \pm 5,2\%$ соответственно), $p < 0,05$. Формирование больших остаточных изменений зависит от наличия вышеуказанных факторов, что подтверждает статистический анализ по критерию χ^2 : наличие деструкции – $\chi^2 14,429$, $p < 0,01$; контакта – $\chi^2 14,640$, $p < 0,01$, МБТ(+) – $\chi^2 5,230$, $p < 0,05$, наличие МЛУ – $\chi^2 4,470$, $p < 0,05$. Кроме того, отмечена сильная или средняя сила связи между выделенными выше факторами и исходом с большими остаточными изменениями (по критерию Крамера и Чупрова: 0,451-0,243, а также коэффициенту Пирсона: 0,411-0,370).

В группе больных с большими остаточными изменениями мальчики ($n = 15$) и девочки ($n = 16$) встречались с одинаковой частотой, в основном в возрасте 15-17 лет ($n = 27$), а в возрасте 8-14 лет было только 4 ребенка. У каждого второго туберкулез выявлен при плановом обследовании ($n = 15$), каждый пятый – по контакту ($n = 6$), а каждый третий – при обращении к врачу за медицинской помощью ($n = 10$). Контакт с больными туберкулезом установлен у 61,3% ($n = 19$),

в основном тесный семейный ($n = 14$), из расширенного контакта были 5 детей. Следует отметить, что каждый третий источник туберкулезной инфекции (6 из 19) выделял лекарственно-устойчивые МБТ (МЛУ). По результатам пробы Манту с 2 ТЕ все пациенты до заболевания были инфицированы три года и более. При поступлении в отделение симптомы туберкулезной интоксикации, бронхолегочный синдром (в основном кашель) отмечались у половины (51,6%) больных. Результаты рентгенологического обследования (МСКТ) позволили установить, что у 21 (68%) пациента был распространенный процесс, из них у $1/3$ – 2-сторонний. Локализовался в правом легком – у 9, в левом – у 15, наиболее часто в верхней доле (87%). Сравнивая результаты пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л и пробы с диаскинтестом (ДСТ) отмечено: гиперергические реакции несколько чаще встречались на аллерген туберкулезный ($38,7 \pm 8,7$ и $22,6 \pm 7,5\%$, $p > 0,05$), выраженная чувствительность определялась с одинаковой частотой ($19,3 \pm 7,1$ и $19,3 \pm 7,1\%$), а вот чувствительность средней степени – чаще на туберкулин ($41,9 \pm 8,9$ и $9,6 \pm 5,3\%$ соответственно, $p < 0,05$). У одного больного – отрицательный результат на пробу с ДСТ.

Заключение. Большие остаточные изменения у больных туберкулезом легких детей старшего возраста и подростков формируются преимущественно у пациентов с инфильтративным туберкулезом, распространенным деструктивным процессом с первичной лекарственной устойчивостью, на что указывает контакт с больными, выделяющими МБТ с МЛУ, и характеризуется высокой чувствительностью на пробу Манту и пробу с ДСТ.

Таблица

Структура клинических форм туберкулеза и характер процесса при диагностике заболевания

Клиническая форма и фаза	1-я (n = 31) абс. %		2-я (n = 40) абс. %		Всего (n = 71) абс. %	
ПТК	1	$3,20 \pm 3,17$	6	$15,0 \pm 5,6^*$	7	9,8
ТВГЛУ	–	–	8	$20,0 \pm 6,3$	8	11,3
Диссеминированный	2	$6,40 \pm 4,41$	8	$20,0 \pm 6,3$	10	14,1
Инфильтративная	26	$83,9 \pm 6,6^*$	13	$32,5 \pm 7,4^*$	39	54,9
Казеозная пневмония	1	$3,20 \pm 3,17$	–	–	1	1,4
Очаговая	–	–	1	$2,5 \pm 2,5$	1	1,4
Ф. распада	19	$61,3 \pm 8,7^*$	7	$17,5 \pm 6,0^*$	26	36,6
Бактериовы-деление	9	$29,0 \pm 8,2$	6	$15,0 \pm 5,6$	15	21,0
МБТ с МЛУ	8	$25,8 \pm 7,8^*$	3	$7,5 \pm 4,2^*$	11	15,5
Плеврит туб.	1	$3,2 \pm 3,17$	4	$10,0 \pm 4,7$	5	7,0

Примечание: * – $p < 0,05$.