

выявленных больных с сочетанной патологией: в 2012 г. – 22 больных, в 2013 г. – 35, в 2014 г. – 43 человека, увеличение составило 51,1% по сравнению с 2012 г. Контингенты больных, находящихся под наблюдением по поводу активных и неактивных групп диспансерного учета в субъекте Федерации, включая лиц БОМЖ, иногородних, осужденных, в 2012 г. – 104, в 2014 г. – 145 человек, что на 71,7% больше, чем в 2012 г.

Объем оказания специализированной помощи по поводу активного ТБ увеличивается ежегодно: в 2012 г. пролечен 91 больной, в 2013 г. – 113, в 2014 г. – 119 больных, что на 23, 5% больше, чем в 2012 г.

Больные, госпитализируемые в специализированное отделение, в 37% случаев находятся в тяжелом состоянии, которое обусловлено генерализованным ТБ, что объясняет высокую летальность: 2012 г. – 11,1%, 2013 г. – 16,6%, 2014 г. – 15,5%, в сравнении с отделениями для лечения активного ТБ без ВИЧ эти показатели выше в 4 раза в 2014 г. (3,5%), в 2,1 раза – в 2012 г. (5,2%).

Расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов не было, что является результатом высокой квалификации врачей в области фтизиатрии.

Воронежская область принимает активное участие в мониторинге за больными с сочетанной патологией, начатом в Российской Федерации в 2004 г., оформлено 338 «Карт персонального учета», форма № 263-у на впервые выявленных больных ТБ/ВИЧ, рецидивы ТБ у больных ВИЧ, умерших от сочетанной патологии.

**Заключение.** В Воронежской области уделяется большое внимание лечению ТБ у больных ВИЧ: внедрение современных методов исследования мокроты, компьютерное обследование, что ускоряет время утверждения диагноза, раннего начала специфического лечения и отражается на снижении госпитальной летальности больных. Участие в мониторинге за сочетанной патологией ТБ/ВИЧ в области необходимо для планирования лечебных и экономических мероприятий в субъекте Федерации.

---

## ОСОБЕННОСТИ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У СТАРШИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

КОШКИНА А. С.<sup>1</sup>, СЕМЕНОВА В. Р.<sup>1</sup>, ЧУГАЕВ Ю. П.<sup>1</sup>, СКОРНЯКОВ С. Н.<sup>2</sup>, САБАДАШ Е. В.<sup>3</sup>, ДЬЯЧКОВ И. А.<sup>3</sup>

### SPECIFICS OF INFILTRATE PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE ELDER CHILDREN AND ADOLESCENTS

KOSHKINA A. S.<sup>1</sup>, SEMENOVA V. R.<sup>1</sup>, CHUGAEV YU. P.<sup>1</sup>, SKORNYAKOV S. N.<sup>2</sup>, SABADASH E. V.<sup>3</sup>, DYACHKOV I. A.<sup>3</sup>

ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Екатеринбург  
ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург

Ural Phthisiopulmonology Research Institute, Yekaterinburg, RF  
Ural State Medical University, Yekaterinburg, RF

---

**Цель:** выявление наиболее значимых событий и обстоятельств, сопровождающих возникновение, развитие и исход инфильтративного туберкулеза легких у лиц переходного возраста.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ 30 случаев заболевания инфильтративным туберкулезом легких у детей. Общая структура участников: 22 девочки (73%) и 8 мальчиков (27%) в возрасте 10-18 лет. Методы исследования: эпидемиологический, клинический, лабораторный, бактериологический, клинико-психологический.

**Результаты.** При всестороннем анализе эпидемиологических, клинических, лабораторных и бактериологических особенностей течения заболевания у детей не выявлено. В диагностическом процессе ключевая роль отводилась лучевым технологиям. Изученная когорта пациентов обследована по стан-

дарту: рентгенография в двух проекциях, линейная томография и компьютерная томография органов грудной клетки. Инфильтративными считались процессы протяженностью поражения более 1 см. Среди обследованных больных поражение 1-2 легочных сегментов отмечены у 22 (66%) пациентов, у 6 (18%) – процесс имел лобарную протяженность и у 2 (61%) – наблюдался перисциссурит. При КТ-исследовании с высокой разрешающей способностью у 16 (48%) выявлена деструкция легочной ткани с образованием малых одиночных полостей распада размером около 1 см. Двое (6%) больных имели полости размером 2,5-4,0 см. В 18 (48%) случаях отмечены единичные бронхогенные отсеки. Важно отметить, что при использовании только рентгенографии или линейной томографии полости распада выявились только у 3 (9%) больных.

Лечение пациентов проводили согласно Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению туберкулеза легких у детей. На фоне проведенной терапии у 27 (91%) детей наблюдалось рассасывание отсевов, инфильтраты трансформировались в очаги, с последующим формированием зоны пневмосклероза или малых туберкулем – 3 пациента. Каверны сформировались у 3 пациентов. Операции выполнены у 2 больных, коллапсотерапия – у 1.

Известно, что циркулирующие в крови продукты жизнедеятельности возбудителя туберкулеза оказывают определенное влияние на высшую нервную деятельность больных туберкулезом. С этих позиций одним из проявлений интоксикации рассматривали тип отношения наблюдаемых пациентов к болезни, другим детям и медицинскому персоналу. Выявлено, что чаще у больных туберкулезом детей и подростков преобладают такие типы отношения к болезни, как эргопатический (56%), анозогнозический (48%) и сенситивный (40%).

В ходе исследования были получены данные о том, что среди подростков, больных туберкулезом, у 40% опрошенных проблемы с межличностными взаимодействиями отсутствуют. В отношении остальных 60% опрошенных медперсоналу необходимо искать индивидуальный подход с целью потенцирования эффекта лечения. Продолжительное лечение противотуберкулезными препаратами оказывало влияние не только на функциональные системы организма пациентов, но и на его созревающую, но еще недостаточно адаптированную к внешним условиям ЦНС, что приводило к существенным затруднениям в сфере межличностных взаимодействий. Вышеназванные нежелательные реакции со стороны высшей нервной деятельности должны учитываться медперсоналом. Необходимо психологическое сопровождение лечения, для чего в детских фтизиатрических стационарах должен быть штатный психолог, умеющий вербально (с помощью слов) направить мысли и поведение пациента в нужное русло. В необходимых случаях – применить

такие методики, как физкультура, закаливание, отвлекающие игры, соответствующие пособия. В крайних случаях – рекомендовать лечащему врачу интенсифицировать и/или повысить эффективность детоксикационных мероприятий или назначения лекарственных средств избирательного влияния на ЦНС (мягкие седативные препараты растительного происхождения). Рекомендовать изъятие из быта больных детей раздражителей, усиливающих негативные реакции (фильмы агрессивной направленности).

Выявленные психологические отклонения требуют своевременного выявления и комплексной коррекции как медикаментозно, так и психотерапевтическими методиками, в том числе путем создания доброжелательной окружающей ребенка психологической атмосферы за счет соответствующего настроя медперсонала.

#### **Выводы.**

1. Инфильтративным туберкулезом легких заболевают преимущественно давно инфицированные микобактериями туберкулеза дети в периоде полового созревания.

2. При сложившейся системе организации противотуберкулезной работы с детьми 80% заболевших выявляются активно, только 20% – по обращению по поводу болезни.

**Заключение.** Диагностические мероприятия по туберкулезу у детей старшего возраста и подростков должны обязательно включать компьютерную томографию органов грудной клетки, следует отходить от прежде принятых рентгенографии и линейной томографии. Лечение этого контингента требует психологического сопровождения. Химиопрофилактика среди угрожаемых по туберкулезу старших детей и подростков проводится неудовлетворительно: реальная химиопрофилактика реализуется в 13% случаев. Инфильтративным туберкулезом редко заболевают дети и подростки, находящиеся в хороших материально-бытовых условиях (14%). Лечение больных инфильтративным туберкулезом детей требует психологического сопровождения.