

с туберкулезом в анамнезе церебральная ишемия 1-й степени наблюдалась у 67,5%, 2-й степени – у 20,9%, 3-й степени – у 4,9%.

Несколько иная ситуация наблюдалась в группе женщин, больных активным туберкулезом легких. Удовлетворительное состояние новорожденных было отмечено только в 50,8% случаев ($\chi^2 = 42,8$; $p = 0,000$), средней степени тяжести – в 27,1% ($\chi^2 = 11,7$; $p = 0,000$), тяжелое – в 6,7% случаев ($\chi^2 = 4,3$; $p = 0,1$), при этом в 2 случаях наблюдалось мертворождение. В 11 случаях были проведены индуцированные роды у больных туберкулезом по медицинским показаниям. Средняя масса новорожденного у беременных с активным туберкулезом составила $2\,655,8 \pm 128,3$ г ($t = 7,8$; $p = 0,000$), рост $47,4 \pm 0,8$ см ($t = 6,9$; $p = 0,000$). Церебральная ишемия 1-й степени диагностирована у 21 (35,6%) новорожденного ($\chi^2 = 8,3$; $p = 0,001$), 2-й степени – у 15 (25,4%) ($\chi^2 = 8,9$; $p = 0,001$), 3-й степени – у 5 (8,5%) ($\chi^2 = 2,5$; $p = 0,1$).

Задержка развития плода в группе здоровых женщин была зарегистрирована только 1-й степени в 8 (5,5%) случаях, в группе женщин с туберкулезом в анамнезе – в 29 (20,2%) 1-й степени и в 8 (5,6%) – 2-й степени. В группе женщин с активным туберкулезом данная патология новорожденных встречалась гораздо чаще. Задержка развития плода 1-й степени была выявлена у 15 (25,4%) пациенток ($\chi^2 = 61,9$; $p = 0,000$), 2-й степени – у 5 (8,5%) ($\chi^2 = 18,0$; $p = 0,000$), в 26 (44,1%) случаях данной патологии не было ($\chi^2 = 61,9$; $p = 0,000$).

По результатам полученных данных был проведен дисперсионный анализ. Доказано влияние специфического процесса у матери на развитие церебральной ишемии ($F = 18,4$; $p = 0,000$) и задержку развития плода ($F = 6,0$; $p = 0,000$).

Заключение. Проведенный анализ доказал, что активный туберкулез органов дыхания у женщины оказывает значительное негативное влияние на состояние плода и здоровье новорожденного. Новорожденные от матерей с активным туберкулезом отличаются малой массой тела, более тяжелым общим состоянием и наличием патологии (церебральной ишемии, задержки развития плода). Проведение профилактики туберкулеза у таких детей затруднительно в связи с наличием противопоказаний к проведению противотуберкулезной вакцинации. Педиатрам и фтизиатрам следует учитывать факт возможного контакта с больной туберкулезом матерью и заранее подготовить план по ведению подобного пациента и очага туберкулезной инфекции.

Следует обратить внимание на тот факт, что более чем в половине случаев беременность у женщин, больных активным туберкулезом, не была желанной. Необходимо признать, что беременность на фоне туберкулеза противопоказана, что требует проведения мероприятий по контрацепции у пациенток данной группы. В случае возникновения беременности на фоне туберкулеза тактика акушера-гинеколога и фтизиатра должна быть согласованной, направленной на сохранение здоровья матери и будущего поколения.

СТРУКТУРА ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Р. И. ВАЛИЕВ, Р. Х. ФАТЫХОВА

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Минздрава России»

Цель исследования: изучить структуру поствакцинальных осложнений на вакцинацию против туберкулеза.

Материалы и методы. В Республике Татарстан с 2006 г. вакцинация новорожденных проводилась вакциной БЦЖ-М, что привело к снижению числа поствакцинальных осложнений. Однако в последние годы изменилась структура осложнений с увеличением доли осложнений 2-й категории – персистирующая и диссеминированная БЦЖ-инфекция.

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (карта регистрации больного с осложнением после иммунизации туберкулезной вакциной) за 2007–2013 гг. В анализ включено 32 случая осложнений – 100% из числа выявленных за данный период.

Результаты. Число и частота поствакцинальных осложнений распределились следующим образом (табл.).

Из числа выявленных за анализируемый период осложнений – 2 (6,25%) случая осложнений после ревакцинации БЦЖ, 30 (93,7%) – после вакцинации.

Была проведена вакцинация вакциной БЦЖ-М 26 (86,7%) новорожденных, вакциной БЦЖ – 4 (13,3%). Во всех случаях дети были привиты вакцинами разных серий, дважды повторялись вакцины БЦЖ-М серии № 66 (в 2013 г.) и № 814 (в 2010 г.). Всего для вакцинации была использована вакцина 28 различных серий.

В клинической структуре БЦЖ-оститы составляли 40,6% (13 человек), поствакцинальные лимфадениты – 46,9% (15 человек), келлоидный рубец – 3,1% (один случай), холодный абсцесс – 6,3% (2 случая), диссеминированная БЦЖ-инфекция – 3,1% (один случай). В динамике по годам БЦЖ-оститы стали регистрироваться с 2009 г. (один случай), в 2010 г. и 2012 г. – по 2 случая, в 2011 г. – 5 случаев, 2013 г. – 3 случая. Холодные абсцессы

Частота (абс. число/на 1 000 привитых) и структура (%) поствакцинальных осложнений

Показатели	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Всего выявлено осложнений	3 осл./ 0,06	8 осл./ 0,15	4 осл./ 0,1	4 осл./ 0,07	7 осл./ 0,15	3 осл./ 0,06	3 осл./ 0,06
В том числе:							
БЦЖ-остит	-	-	1/25%	2/50%	5/71,4	2/66,7%	3/100%
Лимфадениты	3/100%	7/87,5%	2/50%	1/25%	1/14,3%	1/33,3%	-
Холодный абсцесс	-	1/12,5%	1/25%	-	-	-	-
Келоидный рубец	-	-	-	1/25%	-	-	-
Диссеминированная БЦЖ-инфекция	-	-	-	1/14,3%	-	-	-

(по одному случаю) были выявлены в 2008-2009 гг., в последующие годы не регистрировались. Случаи поствакцинальных лимфаденитов были зарегистрированы в 2007 г. – 3 (100%) случая, 2008 г. – 7 (87,5%), в последующие годы (2009-2012 гг.) – по одному случаю ежегодно. Случай диссеминированной (генерализованной) БЦЖ-инфекции с поражением внутригрудных лимфоузлов, легочной ткани, печени, селезенки, надпочечников, внутрибрюшных и подмышечных лимфоузлов, костной ткани (позвоночник, кости таза, бедренных костей) был выявлен у ребенка в возрасте двух с половиной лет. Диагноз был подтвержден в ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» (в биоптате методом ПЦР обнаружены МБТ *bovis*).

Из 13 детей с БЦЖ-оститами были вакцинированы в роддоме 12 (92,3%), один ребенок – в поликлинике (не вакцинирован в роддоме из-за отсутствия вакцины БЦЖ-М). При ретроспективном анализе противопоказаний для вакцинации не выявлено – 13 (100%) человек, все осложнения выявлены в возрасте 1 год – 1 год 9 месяцев.

В период формирования поствакцинального иммунитета у 8 (61,5%) детей регистрировались ОРВИ, по одному случаю – ветряная оспа, стоматит, отит. При обследовании иммунного статуса достоверных данных за иммунодефицитное состояние у детей не выявлено.

Все случаи БЦЖ-остита были подтверждены в ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии», получили оперативное лечение 13 (100%) человек, выраженная положительная динамика отмечалась у всех детей, включая случай диссеминированной БЦЖ-инфекции.

Выводы. В последние годы в Республике Татарстан не регистрируются осложнения, вызванные нарушением техники проведения вакцинации (холодные абсцессы), в структуре осложнений стали преобладать БЦЖ-оститы. Причина учащения осложнений 2-й категории в течение последних 5 лет требует детального изучения и может быть связана как с качеством вакцины, сочетанием с другими прививками (гепатит?), так и с состоянием макроорганизма.

ИСХОД ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ ИЗ СЕМЕЙНОГО КОНТАКТА

В. В. ВАТУТИНА

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России

В детскую хирургическую клинику костно-суставного туберкулеза поступают дети из всех регионов России и бывшего СССР. Бактериологическая верификация диагноза имеет место примерно у трети пациентов, оперированных в клинике. В последние годы наметилась тенденция к выделению *M. tuberculosis* (МБТ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Как правило, это отмечается у детей из семейного туберкулезного контакта с бактериовыделителем.

Цель: демонстрация клинического наблюдения развития у ребенка раннего возраста из семей-

ного контакта с МБТ (+) МЛУ генерализованного туберкулеза.

Материалы и методы. Представлены данные анамнеза и обследования ребенка, поступившего в клинику 02.12.2013 г. для оперативного лечения по поводу туберкулезного спондилита.

Результаты. Девочка С., 2 года 10 месяцев (дата рождения 28.01.2011 г.), БЦЖ не вакцинирована по причине недоношенности 3-й степени. Туберкулезный контакт с 5-месячного возраста в течение полутора лет с больным дедом, страдающим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в фазе