

Цель исследования: отбор на противорецидивную химиотерапию детей и подростков с впервые выявленными посттуберкулезными изменениями в легких и перенесших малую форму туберкулеза с учетом результата пробы с диаскинтоном (ДСТ).

Материалы и методы. Обследовано 63 ребенка, состоящих на учете в III группе, за 2010-2013 гг. в г. Саратове. В данную группу включены дети и подростки с впервые выявленными остаточными посттуберкулезными изменениями, а также перенесшие ограниченные процессы и малые формы туберкулеза легких. Всем пациентам проведены проба Манту с 2 ТЕ и проба с ДСТ. Данные исследования проводили в соответствии с инструкциями по применению.

Результаты. При постановке пробы Манту с 2 ТЕ у большинства пациентов (80,9%) отмечались положительные результаты со средним размером папулы $9,2 \pm 7,3$ мм и лишь у 19,1% обследованных проба Манту с 2 ТЕ дала гиперергические реакции – $17,60 \pm 5,31$ мм. Проба с ДСТ дала положительную реакцию у 48,8% пациентов со средним значением показателя $8,3 \pm 6,42$ мм. У 18,6% реакция была гиперергическая, со средним показателем $16,2 \pm 5,31$ мм. У 4,2% детей и подростков

реакция на ДСТ оказалась сомнительной. Остальные пациенты (28,4%) имели отрицательные реакции на ДСТ. За период наблюдения в группе с положительными реакциями на ДСТ отмечалось нарастание выраженности реакции у 15% детей со средним значением $12,3 \pm 5,2$ мм ($p < 0,05$), а у 5,4% пациентов – до гиперергической со средним показателем папулы $16,2 \pm 4,2$ мм ($p < 0,05$). В группе детей с отрицательной реакцией на ДСТ размеры папулы увеличились до размера ответной реакции у 8,1% ($6,23 \pm 3,20$; $p < 0,05$) и гиперергической – у 4,1% детей ($15,2 \pm 6,3$ мм; $p < 0,05$). В группе с гиперергическими реакциями на ДСТ размер пробы сохранялся у 5,2% детей и подростков.

Заключение. В процессе наблюдения по III группе диспансерного учета за детьми и подростками с впервые выявленными посттуберкулезными изменениями в легких и переболевшими малыми формами туберкулеза противорецидивной химиотерапии подлежат 37,8% пациентов. ДСТ позволяет значительно сократить контингент лиц, подлежащих противорецидивному лечению. Однако выявленное расхождение между результатами туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ и ДСТ требует дальнейшего изучения.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИЗ КОНТАКТА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

О. К. КИСЕЛЕВИЧ^{1,2}, Т. А. СЕВОСТЬЯНОВА^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова»

²Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы

Большой проблемой, не имеющей в настоящее время положительных сдвигов в России, является сочетание двух социально значимых заболеваний, таких как туберкулез и ВИЧ-инфекция. Основным методом профилактики туберкулеза в России остается вакцинопрофилактика. До последнего времени дети из контакта по ВИЧ-инфекции, рожденные от больных ВИЧ-инфекцией матерями, в роддоме не подлежали вакцинации. Сведения о вакцинации БЦЖ детей, больных ВИЧ-инфекцией, отрывочны и разрозненны. Это единичные случаи недиагностированной болезни матери и ребенка. По материалам ряда исследований, после введения вакцины БЦЖ частота осложнений у детей с ВИЧ-инфекцией не превышает таковую по сравнению с детьми без ВИЧ-инфекции. Эти наблюдения позволяют надеяться на существование временного промежутка, в течение которого возможна безопасная вакцинация БЦЖ новорожденных, пока у них не развился иммунодефицит, существенно повышающий опасность возникновения диссеминированной БЦЖ-инфекции. В связи с этим, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, вакцинацию БЦЖ новорожденных можно проводить, если у

них отсутствуют явные признаки иммунодефицита. Для лиц с ВИЧ-инфекцией разрабатывают субъединичные вакцины из отдельных антигенов с адьювантами и ДНК-вакцины против туберкулеза во избежание поствакцинных осложнений.

Цель исследования: оценить роль вакцинопрофилактики у детей, рожденных от матерей с ВИЧ-инфекцией, имеющих контакт по ВИЧ-инфекции в близком окружении.

Материалы и методы. С 2003 по 2012 г. в детском отделении МНПЦ БТ находилось на обследовании и лечении 82 ребенка раннего возраста, родившихся от матерей, больных ВИЧ-инфекцией. Диагноз ВИЧ-инфекции был установлен до родов у 77% матерей, а в послеродовом периоде – у 23%, в том числе у 9 матерей ВИЧ-инфекция была установлена после обнаружения ВИЧ-инфекции у детей. 74 (90%) ребенка инфицировались микобактериями туберкулеза (МБТ) в семье: у 35 детей выявлен туберкулезный контакт с матерью, у 21 ребенка – с отцом, у 14 детей установлен двойной контакт, а у 4 – тройной контакт в семье. Бактериовыделителями являлись 63% источника МБТ, из них в 21,4% случаев дети проживали в очаге смерти.

Результаты. Всем детям проведена комплексная диагностика туберкулеза, принятая во фтизиатрии. Из 74 обследованных 21 (29%) ребенок отнесен к группе высокого риска по развитию туберкулеза. У каждого третьего (34,8%) пациента выявлен туберкулез. По структуре клинических форм туберкулез внутригрудных лимфатических узлов составил половину (50%), первичный туберкулезный комплекс – 29,2%, милиарный туберкулез легких – 12,5%, генерализованный туберкулез – 8,3%. По данным туберкулинодиагностики у 41% детей этой группы отмечалась отрицательная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л.

Все дети получали противотуберкулезную терапию в соответствии с существующими режимами лечения и учетом чувствительности МБТ у источника инфекции, а также антиретровирусную терапию по назначению врача-инфекциониста. В ходе лечения регулярно осуществлялся контроль показателей иммунитета и вирусной нагрузки. У 50% детей снижение вирусной нагрузки и увеличение содержания CD4-лимфоцитов опережали динамику разрешения туберкулезного процесса. Домой выписа-

ны 6 детей после окончания противотуберкулезной терапии с хорошей клинико-рентгенологической динамикой, значительным снижением вирусной нагрузки и улучшением показателей иммунного статуса. В инфекционный стационар для продолжения дальнейшего лечения ВИЧ-инфекции переведены 4 ребенка. Два случая генерализованного туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции IVB стадии закончились летальным исходом через 2,5 мес. и 11 дней лечения соответственно.

Заключение. Большая часть детей, рожденных от матерей, больных ВИЧ-инфекцией, не привиты в роддоме вакциной БЦЖ. Туберкулинодиагностика у больных туберкулезом детей, особенно в сочетании с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, не является информативной вследствие неадекватного ответа иммунной системы. Туберкулез у детей раннего возраста, больных ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях, протекает с развитием остро прогрессирующих форм, с высокой частотой осложненного течения и летальных исходов. Необходимо прививать детей, родившихся от матерей, больных ВИЧ-инфекцией, на общих основаниях.

ОСОБЕННОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Н. И. КЛЕВНО, В. А. АКСЕНОВА, С. М. КВАТАРАШВИЛИ

НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва

Сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза является исключительно сложной медицинской проблемой.

Основные принципы лечения детей, больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, такие же, как и детей, больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции. Химиотерапия должна быть основным компонентом комплексного лечения больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Однако одновременное лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции осложняется лекарственными взаимодействиями, особенно между противотуберкулезным препаратом рифампицином и антиретровирусными препаратами (АРВП) двух классов – нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ) и ингибиторов протеазы (ИП). Рифампицин является мощным индуктором цитохрома P450(CYP450), который ускоряет расщепление ИП и некоторых ННИОТ, поэтому в случае одновременного применения их концентрации в плазме крови могут снизиться до субтерапевтических уровней, что, в свою очередь, может приводить к усилению репликации ВИЧ и отсутствию эффекта от антиретровирусной терапии (АРТ). В этих случаях взрослым больным назначают рифабутин, который позволяет избежать лекарственных взаимодействий, но детям, особенно раннего возраста,

препарат не рекомендуется из-за отсутствия детских лекарственных форм и возможных побочных реакций.

Кроме того, выбор схемы АРТ для детей с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом осложнен из-за небольшого количества АРВП, имеющих детские лекарственные формы, отсутствия для некоторых из них сведений о дозировках у детей (особенно у детей младше 3 лет) с одной стороны, и возрастным ограничением включения некоторых противотуберкулезных препаратов в режимы химиотерапии, с другой.

Все эти особенности очень часто приводят к тому, что приходится индивидуализировать режимы химиотерапии.

Цель исследования: анализ режимов химиотерапии, назначаемых при лечении туберкулеза детям с ВИЧ-инфекцией.

Методы исследования. Проведен анализ (по имеющимся медицинским документам и выпискам из историй болезней) режимов химиотерапии, применяемых у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией детей в возрасте от 0 до 12 лет. Отдельных специализированных отделений для детей с сочетанной патологией в России нет, поэтому больные находились на лечении в общих детских отделениях туберкулезных больниц.