

Из 35 детей, обследованных в динамике, у 7 (20%) были остаточные явления перенесенного туберкулеза органов дыхания, у остальных 28 (80%) человек – туберкулезный процесс в фазе рассасывания и уплотнения или в фазе кальцинации. Санаторно-му лечению детей с активным туберкулезом предшествовал курс терапии в стационаре, в том числе у 4 (11,4) детей с использованием хирургического лечения. Санаторная программа лечения и реабилитации, помимо использования специфических и патогенетических препаратов, включала режим, диету, физиотерапию, фитотерапию, лечебную физкультуру с включением йогатерапии дыхательной системы и позвоночника, лечение сопутствующей патологии, индивидуальные и групповые занятия с психологом, школьную реабилитацию, занятия в кружках, праздникотерапию, культурную программу. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета анализа данных программы Microsoft Excel 2010.

Результаты. Оценка КЖ у 150 детей, поступивших в санаторий, была следующей: ФФ – $80,7 \pm 1,1$ (47 – 100); ЭФ – $60,8 \pm 1,5$ (10 – 100); СФ – $78,3 \pm 1,4$ (30 – 100); ШФ – $64,6 \pm 1,6$ (0 – 100); ПСФ – $69,5 \pm 1,3$ (20 – 100); СШ – $71,2 \pm 1,1$ (35 – 98). Таким образом, по оценке самих детей, наиболее проблемными аспектами КЖ у них являются ЭФ и ШФ. Обращает внимание большой диапазон индивидуальных данных по различным составляющим КЖ (от 0-10 до 100 баллов). Исследование КЖ в динамике у 35 пациентов с локальными измене-

ниями показало, что при повторном опросе значение шкалы ФФ составило $87,2 \pm 1,8$ против $82,6 \pm 2,4$ балла при первичном анкетировании ($p > 0,05$), по шкале ЭФ увеличилось с 61,3 до 64,9 балла ($p > 0,05$); СФ увеличилось с $76,5 \pm 2,0$ до $84,0 \pm 2,5$ балла ($p < 0,05$); ШФ – с $66,4 \pm 3,4$ до $66,9 \pm 3,1$ балла ($p > 0,05$); ПСФ – с $69,2 \pm 3,5$ до $74,4 \pm 2,4$ балла ($p > 0,05$); СШ – с $71,3 \pm 2,4$ до $75,7 \pm 1,9$ балла ($p > 0,05$). Следовательно, под влиянием санаторной реабилитации произошла положительная динамика по составляющим КЖ детей (по их собственной оценке), однако статистически достоверные различия получены только по шкале СФ. По-прежнему ЭФ и ШФ отстают от остальных компонентов КЖ и требуют внесения корректив в реабилитационные программы. Большой интерес представляет изучение индивидуальных профилей КЖ детей и их динамики. Так, например, у мальчика Н., 13 лет (туберкулез внутригрудных лимфоузлов в фазе рассасывания и уплотнения), при поступлении в санаторий была очень низкая оценка ЭФ (15 баллов), в результате санаторного лечения ЭФ – 40 баллов, СФ и ШФ увеличились с 70 и 75 до 100 баллов. Эффективность реабилитации каждого ребенка наглядно иллюстрируют и диаграммы профилей КЖ в динамике, которые целесообразно прикладывать к истории болезни.

Заключение. Определение КЖ является методом, позволяющим индивидуализировать реабилитационные программы в детском туберкулезном санатории и оценивать их эффективность.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ОСНОВЕ ИММУНОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ

ЛОЗОВСКАЯ М. Э., БЕЛУШКОВ В. Б., НОВИК Г. А., ВАСИЛЬЕВА Е. Б., КЛОЧКОВА Л. В., ДЕМЕНТЬЕВА Е. А.

DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN WITH ALLERGIC REACTIONS AND DISEASES BASING IMMUNE-ALLERGIC TESTS

LOZOVSKAYA M. E., BELUSHKOV V. B., NOVIK G. A., VASILIEVA E. B., KLOCHKOVA L. V., DEMENTIEVA E. A.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, RF

Аллергическая настроенность организма, обусловленная многочисленными экзо- и эндоаллергенами, затрудняет диагностику туберкулезной инфекции у детей.

Цель: совершенствование диагностики туберкулеза у детей с измененным аллергическим фоном.

Материалы и методы. Обследовано 195 детей в возрасте от 4 месяцев до 15 лет, направленных для исключения заболевания туберкулезом в ДИБ

№ 3 (г. Санкт-Петербург). Помимо общепринятых методов, всем детям проведены проба с диаскин-тестом (ДСТ), квантифероновый тест (QFT), определялся общий иммуноглобулин Е (IgE) сыворотки крови как показатель выраженности атопического компонента аллергии. Пациентов разделили на группы: 1-я группа – с неотягощенным аллергологическим анамнезом (НАА) – 111 (56,8%) человек, 2-я группа – с транзиторными аллергически-

ми реакциями (ТАР) в анамнезе преимущественно за счет пищевой аллергии – 50 (25,6%) человек, 3-я группа – с аллергическими заболеваниями (АЗ) – 34 (17,4%) человека (бронхиальная астма – 26, атопический дерматит – 8).

Результаты. Из 195 детей туберкулез выявлен у 61, посттуберкулезные изменения – у 30, инфицирование микобактериями туберкулеза (МБТ) у 80 детей, не инфицированы – 24. Активный туберкулез наиболее часто диагностирован у детей с НАА – 42 (37,8%), реже среди пациентов с ТАР – 17 (34,0%) и наиболее редко у детей с АЗ – 2 ребенка (5,9%, $p < 0,05$). При наличии активного туберкулеза средние результаты как пробы Манту, так и пробы с ДСТ не имели существенных различий между группами детей с НАА и ТАР. В группе с АЗ при активном туберкулезе реакции на пробу Манту и пробу с ДСТ были гиперергическими. При посттуберкулезных изменениях реакция на пробу Манту была наибольшей у детей с ТАР ($13,2 \pm 1,03$ мм), а реакция на пробу с ДСТ была максимально выражена ($14,6 \pm 1,7$ мм) у детей с НАА. Среди 80 инфицированных детей проба с ДСТ была положительной у 28 (35,0%). При наличии инфицирования МБТ у пациентов с НАА частота положительной реакции на ДСТ была значительно выше 45,2% ($p < 0,05$), чем у детей с ТАР (20,0%) и у детей с АЗ (22,2%). Среди положительных проб с ДСТ частота гиперергических реакций составила соответственно 31,5; 20,0; 100% ($p < 0,05$). У 24 детей, не инфицированных МБТ, результат пробы с ДСТ был отрицательным, проба Манту с 2 ТЕ – нормергическая.

У детей с повышенным IgE сыворотки (43,1% обследованных) не обнаружено существенных отличий по средней величине папулы пробы Манту и частоте гиперергии к туберкулину по сравнению с детьми с нормальным содержанием IgE. В отличие от пробы Манту, результат пробы с ДСТ был положительным (включая гиперергию) значительно чаще у детей с нормальным уровнем IgE сыворотки крови (64,3%), чем у детей с повышенным IgE (21,9%, $p < 0,05$). Таким образом, при наличии папулы по пробе Манту, свойственной инфекционной аллергии (более 10 мм), высокий уровень IgE свидетельствует скорее о неспецифической аллергии, что подтверждается отрицательной реакцией на пробу с ДСТ почти у 80% обследованных. Совпадение результатов квантиферонового теста и пробы с ДСТ у всех 195 детей составило 86,7%. Особый интерес представляют результаты диагностики туберкулеза у 34 детей с аллергическими заболе-

ваниями (БА, АД). Среди них выделены подгруппы: с положительной реакцией на пробу с ДСТ – 8 (23,5%) – дети, однозначно инфицированные МБТ, и с отрицательной реакцией на пробу с ДСТ – 26 (76,5%), которые могут быть как инфицированы, так и не инфицированы МБТ. Окончательные результаты обследования с включением МСКТ 8 детей с аллергическими заболеваниями и положительной реакцией на пробу с ДСТ были следующими: активные формы туберкулеза – 2 человека, остаточные туберкулезные изменения – 2 человека, инфицированы МБТ без локальной формы – 4 человека. Среди 26 детей с АЗ и отрицательной реакцией на пробу с ДСТ: посттуберкулезные изменения – 3 человека, отсутствуют данные об инфицировании МБТ (поствакцинальная аллергия) – 9 человек, инфицированы МБТ – 14 человек. Дети с аллергическими заболеваниями и отрицательной реакцией на пробу с ДСТ отнесены к инфицированным МБТ в связи со следующими фактами: положительный QFT – у 1, контакт с больным (МБТ+) – у 1, абсолютный (от нуля) вираж туберкулиновой пробы – у 3, резкое нарастание пробы Манту с 2 ТЕ, не связанное с обострением аллергии, – у 4, наблюдение в противотуберкулезном диспансере и курсы химиопрофилактики в анамнезе в связи с инфицированием – у 5 детей. Все эти данные не позволили исключить инфицирование МБТ, несмотря на отрицательные результаты пробы с ДСТ у 14 детей с аллергическими заболеваниями. У пациентов с АЗ совпадение результатов пробы с ДСТ и QFT было в 97,1% случаев. Поэтому у детей с тяжелым течением бронхиальной астмы и атопического дерматита возможна замена пробы с ДСТ квантифероновым тестом.

Выводы.

1. Среди детей, направленных для исключения туберкулеза, значительную долю составляют пациенты с транзиторными аллергическими реакциями – 25,6% и аллергическими заболеваниями – 17,4%.
2. Процент подтверждения диагноза туберкулеза у детей, страдающих аллергическими заболеваниями, минимален – 5,9%.
3. Высокий уровень IgE в сыворотке крови снижает вероятность активной туберкулезной инфекции у детей, направленных по результатам туберкулинодиагностики.
4. Детям с тяжелым течением аллергических заболеваний во избежание введения антигена в организм целесообразна замена ДСТ на QFT (совпадение результатов в этой группе пациентов отмечено в 97,1% случаев).