

УДК 616.24-002.5-053.2-084

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУПП РИСКА ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Поддубная Л.В.¹, Панина Т.А.², Бардин В.И.²

¹ Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

² ГБУЗ НСО ГОНКТБ «Детская туберкулезная больница», филиал, г. Новосибирск

РЕЗЮМЕ

Цель работы – определить оптимальный режим профилактического лечения в комплексе лечебно-оздоровительных мероприятий детям и подросткам из групп риска заболевания туберкулезом. Выделены группы детей с разной степенью риска: очень высоким, высоким, средним и низким. Определяющие факторы: контакт с бактериовыделителем, с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), социальное неблагополучие, гиперергические реакции. Обязательным условием эффективной профилактики является проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на укрепление общей резистентности организма к туберкулезной инфекции. Химиопрофилактика проводилась в течение 3 или 6 мес соответственно разработанным режимам «0А», «0Б», «0В». Дети из контакта с МЛУ получали изониазид в дозировке 15 мг/кг массы тела и этамбутол или пиразинамид.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез, факторы риска, химиопрофилактика.

Важной задачей фтизиатрии является проведение профилактических мероприятий в группах повышенного риска по заболеванию туберкулезом. В условиях высокого резервуара туберкулезной инфекции, роста «бациллярного ядра» эффективность проводимых профилактических мероприятий определяется проведением комплекса медико-социальных и противоэпидемических мероприятий с применением лечебно-оздоровительных методов в условиях обязательного разобщения с источником инфекции [1, 3]. При назначении профилактического лечения учитываются факторы риска по заболеванию туберкулезом, ведущим является контакт с бактериовыделителем [2].

Цель работы – определить оптимальный режим профилактического лечения в комплексе лечебно-оздоровительных мероприятий детям и подросткам из групп риска заболевания туберкулезом. Задачи – оценить степень риска заболевания туберкулезом детей и подростков, определить оптимальный режим профилактического лечения в зависимости от степени риска заболевания.

Проанализированы результаты лечебно-оздоровительных мероприятий, проводимых 206 детям и 28 подросткам с латентной туберкулезной инфекцией, находившимся во фтизиатрическом отделении филиала ГБУЗ НСО ГОНКТБ «Детская туберкулезная больница» в 2009–2011 гг. Комплексное обследование пациентов включало изучение эпидемиологического анамнеза (выясняли и наличие лекарственной устойчивости у предполагаемого источника заражения), проведение клинического обследования, лучевой (прямая обзорная рентгенограмма, КТ – по показаниям) и лабораторной диагностики, туберкулинодиагностики (проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л), ДСТ. Комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, проводимый детям и подросткам, включал контролируемую химиопрофилактику (ХП), мероприятия, направленные на укрепление общей резистентности организма к туберкулезной инфекции: полноценное сбалансированное питание с повышенным содержанием белка, санацию хронических очагов инфекции с привлечением узких специалистов (лор-врача, стоматолога, дерматолога и др. по показаниям), физиолечение, массаж. Профилактическое лечение проводилось в течение 3 или 6 мес соответственно разработанным режимам «0А», «0Б», «0В» [2]. При этом использовали противотуберкулезные

✉ Поддубная Лариса Владимировна, тел. 8-913-942-26-53; e-mail: podd@ngs.ru

препараты (ППП) изониазид, пиразинамид, этамбутол, метазид, фтивазид, рифампицин в ежедневном или интермиттирующем режиме на фоне приема пиридоксина и гепатопротекторов.

Большинство пациентов (177 (75,6%) из 234) были из социально неблагополучных семей: 9,8% – из детского дома и приюта, 8,6% имели опекуна или приемную семью, 14,1% – из малообеспеченных семей, 45,4% – из неполных семей (в которых единственный родитель был болен туберкулезом), 5,2% – из многодетных семей, 8,8% детей имели родителей, ведущих асоциальный образ жизни. Контакт с больным туберкулезом имели 85,9% пациентов (201), с бактериовыделителями – 65,4% (153), из них с больными, выделяющими МБТ с МЛУ, – 14,7% (22). Сопутствующие заболевания выявлены у большинства пациентов (88,8%). Наиболее часто диагностировали патологию лор-органов: хронический тонзиллит, аденоидит, синуситы, кариес зубов, глистную инвазию, аллергические заболевания. В 53,8% (126) случаев у детей чувствительность к туберкулину была нормергической (папула 8–14 мм), в 27,4% (64) – гиперергической и в 18,8% (44) – выраженной. ДСТ проведен у 69 детей из контакта с больными туберкулезом, из них у 38 пациентов он был положительным. С учетом факторов риска пациенты были разделены на группы с разной степенью риска заболевания туберкулезом. Группу очень высокого риска составили 64 пациента (27,3%), все из семейных очагов МБТ+, из них каждый третий (22) – из очага с МЛУ, из семей социально дезадаптированных. У каждого третьего установлено первичное инфицирование, у каждого второго инфицирование с гиперергической туберкулиновой реакцией, при этом у каждого второго (28) из них определялся положительный ДСТ. В этой группе профилактическое лечение проводилось соответственно режиму «0В» – два ППП курсом 6 мес (изониазид (10 мг/кг массы тела) и этамбутол (20 мг/кг массы тела) или пиразинамид (25 мг/кг массы тела) или рифампицин (10 мг/кг массы тела). Детям из очагов с МЛУ – изониазид (15 мг/кг массы тела) и этамбутол (20 мг/кг массы тела) или пиразинамид (25 мг/кг массы тела). Группу высоко риска заболевания туберкулезом составили 93 пациента (39,7%) с нормергической чувствительностью к туберкулину: 67 детей из контакта с МБТ+, отягощенных социальным неблагополучием и имеющих сопутствующую патологию. Профилактическое лечение проводилось соответственно режиму «0Б», включавшему два ППП курсом 3 мес. В группу среднего риска заболевания туберкулезом вошли 38 (16,2%) пациентов: инфицированные лица с нормергическими туберкулиновыми пробами (без нарастания

чувствительности к туберкулину), имеющих сопутствующую патологию, из контакта с больными туберкулезом, не отягощенных социальным фактором (МБТ+ (22) и МБТ– (5)), а также дети из социально неблагополучных семей (11). Эта группа детей получала профилактическое лечение соответственно режиму «0А» – один ППП (изониазид (10 мг/кг массы тела) или фтивазид (20 мг/кг массы тела) – курс 3 мес. Группу низкого риска заболевания туберкулезом составили 38 (16,2%) пациентов с нормергическими пробами (без нарастания чувствительности к туберкулину) или с первичной анергией, не имеющих контакта с больными туберкулезом (6), или из контакта с больными без МБТ (21), не отягощенных социальным неблагополучием, а также дети из контакта с условным бактериовыделителем, ранее получившие курс ХП (11). Дети получали комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий без курса ХП. Обращает на себя внимание то, что в течение последних 2 лет (2010–2011 гг.) дети с латентной туберкулезной инфекцией преимущественно получали профилактическое лечение соответственно режиму «0Б» и «0В» (с одинаковой частотой – 45%), а режим «0А» назначался в единичных случаях. Это связано с тем, что в больницу чаще направляются дети из групп высокого и очень высокого риска заболевания туберкулезом. Дети с низким риском в 2011 г. по сравнению с 2010 г. госпитализировались в 2 раза реже (20 и 39,8% соответственно). Критериями эффективности профилактического лечения считали проведение полного непрерывного курса ХП соответствующего режима, снижение туберкулиновой чувствительности (прежде всего, гиперергической и выраженной), нарастание массы тела, улучшение или излечение сопутствующих заболеваний, отсутствие в течение 1–2 лет развития заболевания туберкулезом. Эффективность проведенного лечебно-оздоровительного комплекса у наблюдавшихся детей составила 86,5%. У остальных (20) детей состояние оценили «без перемен» в основном из-за укороченного курса профилактического лечения (досрочный уход из больницы).

Таким образом, назначение режима профилактического лечения детям с латентной туберкулезной инфекцией определяется степенью риска заболевания туберкулезом. Дети с очень высоким риском получали режим «0В», высоким и средним риском – режим «0Б». Детям с низким риском по заболеванию туберкулезом необходим комплекс оздоровительных мероприятий.

Литература

1. Аксенова В.А., Барышников Л.А., Медведев С.Ю., Карпова О.В., Довгалюк И.Ф. Лечение детей и подростков с

- латентной туберкулезной инфекцией. Новая медицинская технология № ФС-2007/137. М., 2009. 32 с.
2. *Митинская Л.В.* Новые технологии при профилактике, выявлении, диагностике и лечении туберкулеза у детей // Проблемы туберкулеза. 2003. № 1. С. 19–24.

3. *Овсянкина Е.С., Касимцева О.В., Васильева И.А.* Эффективность превентивной химиотерапии у детей и подростков из очагов бактериовыделения туберкулезной инфекции // Проблемы туберкулеза и болезни легких. 2006. № 1. С. 3–6.

Поступила в редакцию 30.01.2012 г.

Утверждена к печати 07.12.2012 г.

Поддубная Л.В. (✉) – д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой фтизиопульмонологии НГМУ (г. Новосибирск).

Панина Т.А. – зав. отделением филиала ГБУЗ НСО ГОНКТБ «Детская туберкулезная больница» (г. Новосибирск)

Бардин В.И. – главный врач филиала ГБУЗ НСО ГОНКТБ «Детская туберкулезная больница» (г. Новосибирск)

✉ Поддубная Лариса Владимировна, тел. 8-913-942-2653; e-mail: podd@ngs.ru

A PREVENTIVE TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENT WITH A HIGH RISK FOR TUBERCULOSES

Poddubnaya L.V.¹, Panina T.A.², Bardin V.I.²

¹ *Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation*

² *Children Tuberculosis Hospital, Novosibirsk, Russian Federation*

ABSTRACT

The aim of the work is to find an optimal combination of treatment-and-health-improving activities for the preventive treatment. There are four groups of children with the different levels of the risk: very high, high, medium and low. The most important factors of the morbidity are the following: a contact with a bacteria-excreting person and with MDR, social disadvantage, hyperergic reactions. An essential condition of an effective prevention is a realization of the treatment-and-health-improving activities for the strengthening of the resistance of the body for the tuberculosis infection. The chemoprophylaxis had been realizing for 3 or 6 months according to the following developed modes: "0A", "0B", "0B". Children from the family contact with MDR got isoniazid 15 mg/kg weight and ethambutol or pyrazinamide.

KEY WORDS: tuberculosis, factors of the risk, chemoprophylaxis.

Bulletin of Siberian Medicine, 2013, vol. 12, no. 1, pp. 133–135

References

1. Aksenova V.A., Baryshnikova L.A., eds. *The treatment in children and teenagers with the latent tuberculosis infection*. Moscow, The new medicine technology № FS-2007/137 Publ., 2009. 32 p. (in Russian).
2. Mitinskaya L.V. *The problems of tuberculosis*, 2003, no. 1, pp. 19–24 (in Russian).
3. Ovsyankina Ye.S., Kasimtseva O.V., Vasil'eva I.A. *The problems of tuberculosis and pulmonary disease*, 2006, no. 1, pp. 3–6 (in Russian).

Poddubnaya Larisa V. (✉), Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

Panina Tatyana A., Children Tuberculosis Hospital, Novosibirsk, Russian Federation.

Bardin Vladimir I., Children Tuberculosis Hospital, Novosibirsk, Russian Federation.

✉ Poddubnaya Larisa V., Ph.: +7-913-942-2653; e-mail: podd@ngs.ru