

цину). Вполне возможно, что такая картина лекарственной устойчивости микобактерий к воздействию противотуберкулезных препаратов возникает из-за развития первичной лекарственной устойчивости микобактерий у этих детей.

Однако наиболее ценным показателем является состояние местного иммунитета. Косвенным, и в то же время интегрирующим признаком, указывающим на состояние местного иммунитета, является наличие в бронхиальном смыве неспецифической микрофлоры. Сведения о наличии патогенной, условно-патогенной и сапрофитной неспецифической микрофлоры и грибов рода *Candida* в лаважной жидкости, свидетельствуют о том, что защитные свойства слизистой оболочки бронхиального дерева у детей с сочетанной патологией органов дыхания резко снижены, поскольку допускают наличие существования на ней целого ряда микроорганизмов, часть из которых патогенные. У детей с ХНЗЛ защитные свойства слизистой оболочки снижены в меньшей степени. Наличие патогенной микрофлоры у детей с туберкулезом органов дыхания (ТОД) без сопутствующих ему ХНЗЛ отмечено лишь в 4-х случаях у детей с тяжелым туберкулезным процессом.

Ряд бактерий удалось выделить только у детей с сочетанием выраженных форм ТОД и ХНЗЛ в стадии обострения. При анализе устойчивости МБТ и неспецифической микрофлоры у 4-х больных одновременно отмечалась устойчивость к рифампицину, у 3 пациентов — к стрептомицину, и у одного ребенка — к канамицину.

Таким образом, перекрестная устойчивость неспецифической флоры и микобактерий туберкулезаотягощает течение и излечения без остаточных изменений туберкулеза органов дыхания.

Ю.Э. Овчинникова

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

НИИ фтизиопульмонологии (Санкт-Петербург)

Клинические проявления туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов и характер течения заболевания, возрастные особенности детского организма, а также возрастающая проблема лекарственной устойчивости возбудителя к противотуберкулезным препаратам диктуют необходимость совершенствования этиотропной терапии туберкулеза у детей с использованием индивидуальных схем лечения.

МЕТОДИКА

В период 2005 — 2010 гг. в отделении детской фтизиатрии ФГУ СПбНИИ фтизиопульмонологии находилось на лечении 155 детей с диагнозом туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. В возрасте 3 — 6 лет было 69 пациентов (44,5 %), 7 — 14 лет — 86 детей (55,5 %). В фазе инфильтрации туберкулез выявлен у 83 больных (53,5 %), в фазе кальцинации — у 31 (20 %), уплотнения — у 5 детей (3,2 %), у 36 больных (23,2 %) — хронически текущий первичный туберкулез.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1-я группа — 54 ребенка с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов (малая форма). У 17 (31,5 %) детей имели место проявления интоксикации.

2-я группа — 49 детей с распространенным поражением внутригрудных лимфатических узлов. У 38 (77,6 %) наблюдались симптомы интоксикации, периферическая полиадения, положительная локальная симптоматика.

3-я группа — 52 ребенка с осложненным течением туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. У большинства больных наблюдалось множественное поражение внутригрудных лимфатических узлов, в 37 случаях (71,2 %) — двусторонний характер изменений. Структура осложнений представлена очагами отсева в легочную ткань у 18 больных (34,6 %), поражением бронхов — у 14 (26,9 %), экссудативным плевритом — у 6 (11,5 %), диссеминацией — у 5 (9,6 %), мелкими зонами деструкции — у 3 (5,8 %). У 19 (36,5 %) выявлен первичный генерализованный туберкулез. Интоксикационный синдром отмечен у 45 больных (86,5 %), жалобы предъявляли 17 детей (32,7 %). При бронхоскопическом исследовании у 27 детей (51,9 %) выявлены признаки специфического поражения бронхиального дерева. Бактериовыделение имело место у 8 больных (15,4 %).

Терапия в соответствии с III режимом с использованием 3 препаратов в интенсивную фазу 2 мес. по схеме HRS/HRZ была назначена в 1-й группе детей 48 больным (88,9 %).

Отсутствие клинической симптоматики и признаков активности процесса по лабораторным показателям при выявлении мелких единичных кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах определило

возможность у 6 детей (11,1 %) индивидуализировать режим терапии назначением 2-х препаратов, как впервые выявленным с остаточными изменениями туберкулезного процесса.

Большинству детей 2-й (43 чел., 87,8 %) и 3-й групп (40 чел., 76,9 %) терапия была начата по I режиму 4 препаратами HRZS/E, с использованием этамбутола под контролем фтизиоокулиста.

У 5 детей 2-й и 6 больных 3-й групп из контакта с больным туберкулезом с МЛУ с установленными данными чувствительности МБТ источника заражения возникла необходимость назначения индивидуального режима, с использованием препаратов резервного ряда (3 основных препарата и препараты резерва — PAS, Cs, Pt), К. У 6 больных с первичным генерализованным туберкулезом, включая 2 детей с туберкулезным менингитом (3-я группа) также был назначен индивидуальный режим с присоединением в интенсивной фазе лечения 5-го препарата — К/А, либо фторхинолонов Fq у детей старше 12 лет. Для повышения эффективности терапии детям 2-й и 3-й групп изониазид назначали в дозе 10—15 мг/кг, «ступенчатым методом», начиная с внутривенного капельного введения, в последующем внутримышечного и перорального приема. Для усиления рассасывающего эффекта у 15 детей 2-й и 3-й групп использовали гормональную терапию преднизолоном в суточных дозах 0,3—0,5 мг/кг в течение 3—4 недель, с последующим дробным снижением дозы препарата и присоединением в дальнейшем фонофореза гидрокортизона малой интенсивности (0,2 Вт/см/кв 10—12 процедур) паравертебрально и на зону поражения легочной ткани.

Проведение терапии у детей, как с ограниченными, так и с распространенными процессами в соответствии со стандартными III и I режимами химиотерапии представилось возможным лишь у 82 (52,9 %) из 155 больных. У 4 больных с осложненным течением туберкулеза была проведена коррекция терапии в соответствии с полученными результатами чувствительности МБТ, и изменением режима терапии на IV в течение первых 1,5—2 мес. лечения.

Назначение в начале терапии индивидуального режима у 5 больных (10,2 %) с распространенным туберкулезом и 12 детей (23,1 %) с осложненным течением заболевания было обусловлено наличием достоверного семейного контакта с больным с МЛУ, тяжестью клинических проявлений туберкулеза и наличием у детей фоновых заболеваний. У 6 детей (11,1 %) с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов (малая форма) в фазе обратного развития при отсутствии активности туберкулезной инфекции стало возможным эффективное использование индивидуального режима лечения с назначением 2 препаратов в течение 6 мес.

С целью повышения эффективности терапии, с учетом замедленной динамики туберкулезного процесса, в ходе проводимого лечения требовалась индивидуализация режима терапии путем удлинения сроков интенсивной фазы и фазы продолжения, назначения препаратов резервного ряда еще у 46 детей (29,7 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования обосновывают необходимость дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики с использованием индивидуальных режимов терапии. Критериями выбора режимов лечения являются степень распространенности специфического процесса, выраженность клинических проявлений, данные о контакте с источником инфекции и резистограммы больного.

Н.В. Прусакова, К.В. Шалыгин, В.Ф. Жемков, Л.Р. Шпаковская

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВНЕЛЕГОЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Городской противотуберкулезный диспансер (Санкт-Петербург)

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Санкт-Петербурге остается по-прежнему напряженной, несмотря на снижение заболеваемости. Следует отметить, что при всех колебаниях данного показателя, заболеваемость внелегочными формами туберкулеза остается на неизменно низком уровне. Таким образом, представляет актуальность анализ эпидемиологической ситуации по внелегочному туберкулезу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оценка заболеваемости внелегочным туберкулезом проводилась на основании отчетных форм государственного статистического наблюдения №8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», №33 «Сведения о больных туберкулезом». Анализ проводился за период с 2008 по 2010 г.

Оценка данных показала, что заболеваемость внелегочными формами туберкулеза за анализируемый период остается на не высоком уровне, с тенденцией к дальнейшему снижению. В 2008 г. она составляла 1,4 на 100 тыс. населения, в 2010 г. — 1,4 на 100 тыс. населения.