

Н.В. Корнева, Д.Н. Афонин, И.Ф. Довгало

**ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ
У ДЕТЕЙ В ТЕРРИТОРИЯХ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА**

НИИ Фтизиопульмонологии (Санкт-Петербург)

Напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу в Северо-Западном регионе сохраняется как среди взрослого населения страны, так и среди детей. Уровень заболеваемости туберкулезом детей СЗФО в последнее десятилетие остается выше федерального (в 2009 г. 16,0 и 14,7 на 100 тыс. детского населения соответственно). В отдельных территориях региона отмечается широкий диапазон колебаний показателя заболеваемости туберкулезом детей, различия минимального и максимального показателей достигали 19,5 раза в 2008 г. (Калининградская область — 65,4; Мурманская область — 3,3 на 100 тыс. детского населения). В структуре клинических форм туберкулеза у детей преобладает туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ) (72—78 %). Основными характеристиками ТВГЛУ являются отсутствие выраженной клинической симптоматики и убедительных диагностических критериев при рентгенологической и лабораторной диагностике, что создает трудности в трактовке состояния ребенка и приводит как к гипер-, так и к гиподиагностике.

Цель исследования: определение клинико-эпидемиологических особенностей и диагностических мероприятий туберкулеза органов дыхания у детей в территориях Северо-Западного региона.

МАТЕРИАЛ

Данные официальной статистической отчетности за 2007—2008 гг. и медицинская документация пациентов противотуберкулезных диспансеров в возрасте от 1 до 14 лет в 6 территориях Северо-Западного региона — Архангельской, Калининградской, Мурманской, Новгородской, Псковской областей и Санкт-Петербурга ($n = 831$).

МЕТОДЫ

Проведен сравнительный анализ структуры клинических форм и методов обследования в условиях противотуберкулезного диспансера. Проведен многофакторный корреляционный анализ. Достоверными различия считались при уровне значимости 0,05.

РЕЗУЛЬТАТ

Анализ структуры клинических форм в 2007—2008 гг. показал, что в территориях с высоким уровнем заболеваемости детей (Калининградская область, Санкт-Петербург) преобладающей формой был ТВГЛУ (95,8 и 82,5 %), преимущественно локальное (81,1 и 72,4 % соответственно), не осложненное течение (87,4 и 89,2 %), диагностировали, в большинстве случаев, на фазе инфильтрации (75,0 и 69,4 %). В Санкт-Петербурге в структуре клинических форм 10,2 % составила туберкулезная интоксикация, что свидетельствует об успешной работе по раннему выявлению. В то же время в комплекс диагностических мероприятий компьютерная томография включалась только в 15,6 % в Калининградской области, в Санкт-Петербурге — 38,7 %, что повышает риск гипердиагностики локальных форм в данных территориях, особенно в Калининградской области. В территориях с низкими показателями заболеваемости (Архангельская, Мурманская, Новгородская, Псковская области) отмечено утяжеление структуры клинических форм за счет снижения удельного веса ТВГЛУ и появления более тяжелых форм с поражением легочной ткани (ПТК, формы вторичного туберкулеза), роста удельного веса распространенных процессов, осложненного течения. Также отмечено увеличение диагностики на фазах обратного развития (рассасывания и уплотнения, кальцинации) и с признаками хронического течения первичного процесса, что указывает на недостатки раннего выявления. В Псковской области (2007 г. — 4,3; 2008 г. — 5,5 на 100 тыс. детского населения) из 9 больных, у 8 выявлены осложненные и распространенные формы туберкулеза. В Мурманской области (2007 г. — 8,9; 2008 г. — 3,3 на 100 тыс. детского населения) осложненные и распространенные формы выявлялись у каждого второго ребенка (6 из 13), при этом у 6 детей процесс был выявлен на фазах обратного развития. В Архангельской области (2007 г. — 12,5; 2008 г. — 9,4 на 100 тыс. детского населения) в клинической структуре преобладал ТВГЛУ ($n = 31$, 83,8 %), однако 71,8 % ($n = 26$) составили распространенные процессы. В 48,6 % ($n = 18$) **специфический процесс выявлен в фазе инфильтрации**, 27 % ($n = 10$) — в фазе обратного развития, 24,4 % ($n = 9$) — с признаками хронического течения. В Новгородской области удельный вес ТВГЛУ — 60,0 % ($n = 9$), **в 40,0 % диагностированы формы с поражением легочной ткани** (первичный туберкулезный комплекс, инфильтративный туберкулез легких), 26,7 % — осложненное течение, 46,7 % — распространенные процессы.

Установленные различия потребовали анализа методов диагностики, проводимых при поступлении в ПТД ($n = 831$), который показал, что полноценное обследование проводилось большинству пациентов в Калининградской области (69,7 %) и Санкт-Петербурге (78,8 %). В Новгородской области полноценно обследованы лишь 24,4 %, в Архангельской — 10,3 %, в Псковской — 7,8 %. В Мурманской ни одному

из 77 пациентов, включенных в исследование, не проводился комплекс туберкулинодиагностики, а обследование 78,5 % включало только реакцию Манту с 2ТЕ и обзорную рентгенографию. При анализе длительности наблюдения до постановки диагноза установлено, что пациенты в среднем наблюдались полгода в Калининградской ($5,7 \pm 0,7$ мес.), Архангельской ($7,7 \pm 1,2$ мес.) областях и Санкт-Петербурге ($7,7 \pm 0,8$ мес.), в то время как в Новгородской ($16,2 \pm 6,3$ мес.) и Мурманской ($22,3 \pm 4,8$ мес.) областях сроки увеличивались до 1,5–2 лет. Можно сделать вывод, что снижение объема обследования приводит к удлинению сроков постановки диагноза и утяжелению структуры клинических форм. Исключение составляет Псковская область ($1,8 \pm 0,3$ мес.), где на фоне тяжелой структуры клинических форм отмечены минимальные сроки обследования, что указывает на позднее выявление и направление к фтизиатру детей с манифестными проявлениями заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гипотезу о наличии связи между объемом проводимого обследования и тяжестью проявлений туберкулеза органов дыхания у детей подтвердили проведением математической обработки материала с использованием многофакторного корреляционного анализа. Выявлена выраженная корреляционная связь между тяжестью течения и качеством обследования. Коэффициент корреляции составил 0,66, а уровень значимости равен 0,0018, что с высокой достоверностью ($p < 0,001$) позволяет судить о наличии тесной связи между тяжестью структуры клинических форм и качеством проводимого обследования.

ВЫВОДЫ

1. Показатель регистрируемой заболеваемости туберкулезом у детей не отражает истинной тяжести эпидемической ситуации в территориях.
2. Структура клинических форм и тяжесть проявлений заболевания имеет выраженную корреляционную связь с объемом проводимого обследования, обуславливая гипо- и гипердиагностику туберкулезной инфекции у детей в различных ее проявлениях.

В.Ю. Мишин, А.С. Кононец, Т.И. Мякишева, Н.Е. Хорошилова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ К ОСНОВНЫМ И РЕЗЕРВНЫМ ПРЕПАРАТАМ С ПОЗИЦИЙ МЕДИЦИНЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Московский государственный медико-стоматологический университет (Москва)

Цель исследования: изучение сравнительной эффективности химиотерапии у больных туберкулезом легких, выделяющих микобактерии туберкулеза (МБТ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) к основным и резервным противотуберкулезным препаратам (ПТП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено когортное контролируемое наблюдение 250 больных в возрасте от 18 до 66 лет, мужчин было 63,6 % и женщин — 36,4 %. Впервые выявленный туберкулез был у 50 (20 %) пациентов и рецидивы заболевания — у 88 (35,2 %), при этом инфильтративный туберкулез установлен в 32,5 % случаев, казеозная пневмония — в 14,1 % и диссеминированный туберкулез — в 8,8 %. Фиброзно-кавернозный туберкулез диагностирован у 112 (44,8 %) больных.

У 168 пациентов (67,2 %) была выявлена МЛУ, сочетающаяся с устойчивостью к основным ПТП, а у 82 (32,8 %) — к сочетанию основных и резервных ПТП.

У больных 168 (67,2 %) выявлена МЛУ и устойчивость к основным ПТП: изониазиду (H) и рифампицину (R) в сочетании с устойчивостью к стрептомицину (S), пипразинамиду (Z) и/или этамбутолу (E). У 82 пациентов (32,2 %) установлена МЛУ в сочетании с устойчивостью к резервным препаратам: канамицину (K), амикацину (A), протионамиду (Pt), циклосерину (Cs), капреомидину (Cap), ПАСК (Pas) и фторхинолонам (Fq). В этих случаях МЛУ сочеталась с устойчивостью к K в 9,2 % случаев, с KPtFq — в 12,9 % и с KPtCsCap/Pas — в 10,8 %. Следует подчеркнуть, что при впервые выявленном туберкулезе и при рецидиве заболевания ни у одного больного не была выявлена устойчивость к фторхинолонам. Она появлялась только в процессе лечения по неадекватным I и IIA режимам, что не наблюдалось при IIB режиме химиотерапии.

В то же время у пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, так называемая *extensively drug-resistance* (XDR), выделенная экспертами ВОЗ (2007), как резистентность МБТ к HRFqK/A/Cap не наблюдалась ни в одном случае. Химиотерапия проводилась с учетом микробиологических данных