

Материал и методы исследования

Материалом для исследования служили медицинские карты пациентов учреждения здравоохранения «Гродненская областная инфекционная клиническая больница». Метод исследования — статистический ретроспективный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами изучены 159 историй болезней пациентов, госпитализированных в инфекционный стационар с массой тела 100 кг и более с различной инфекционной патологией. В структуре поступивших пациенты с заболеваниями органов дыхания составляют 40 (25 %) человек, острые гастроэнтериты были у 56 (35 %) пациентов, число пациентов с розеей составило 20 (13 %). Среди госпитализированных встречались пациенты с заболеваниями печени инфекционной и неинфекционной этиологии в количестве 43 (27%) [3], пациенты с острыми респираторными инфекциями в количестве 40 (25 %), пациенты с острыми кишечными инфекциями в количестве 56 (35 %), пациенты с розеей в количестве 20 (13 %). Один из основных симптомов интоксикации – лихорадка была у пациентов с ОРИ в 2016 г. в 78 %, в 2017 и 2018 гг. — у 100 %. У пациентов с кишечными инфекциями в 2016 г. температура тела повышалась у 69,6 %, в 2017 г. — у 56 % и в 2018 г. — у 57,1 %. Пациенты с диагнозом рожа имели повышение температуры в 2016 г. в 54,8 %, в 2017 г. — в 33,3 %, в 2018 г. — в 100 %.

Выводы

1. В структуре пациентов, госпитализированных в инфекционный стационар на фоне ожирения преобладали острые гастроэнтериты.
2. Лихорадка являлась основным симптомом интоксикации и встречалась с разной частотой при всех нозологиях у пациентов с инфекционной патологией на фоне ожирения.
3. Влияние ожирения на течение инфекционной патологии требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глухов, Н. В. Метаболический синдром при ВИЧ-инфекции. введение в проблему / Н. В. Глухов, С. Ю. Чубриева, В. В. Рассохин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2009. — Т. 1, № 2. — С. 38–49.
2. Метаболический синдром и присоединение бактериальной инфекции как факторы риска фатального исхода при гриппе А / H1 N1, осложненном пневмонией / Ф. Т. Мальхин [и др.] // Пульмонология. — 2012. — № 5. — С. 105–109.
3. Вопросы оптимизации вакцинопрофилактики HBV-инфекции среди детей и взрослых / Е. Н. Кроткова [и др.] // Гепатология и гастроэнтерология. — 2017. — Т. 1, № 1. — С. 64–69.
4. Infekcionnyje bolezni i profilaktika vnutribol' nichnyh infekcij : ucheb. posobije / V. M. Tsyrukunov [et al.]. — 2-e izd. — Minsk: Asar, 2012. — 847 p.

УДК 616.24-002.5-078-053.2

АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Сушкова А. О., Хремкина А. И.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н. В. Корнева

**«Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И. И. Мечникова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Введение

Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) — состояние, при котором *M. tuberculosis* присутствуют в организме человека, обуславливая положительные реакции на иммунологические тесты, в том числе на аллергены туберкулезные, при отсутствии клинических и рентгенологических признаков заболевания туберкулезом.

Цель

Сравнить эффективность различных режимов превентивной терапии латентной туберкулезной инфекции у детей и подростков.

Материал и методы исследования

В исследование включены 53 ребенка, которым по результатам обследования во фтизиатрическом отделении (детско-подростковое население) СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер № 5» в период с 2015 по 2018 гг. был установлен диагноз латентная туберкулезная инфекция. Половозрастной состав был следующим: 26 (49,1 %) девочек и 27 (50,9 %) мальчика, из них 18,8 % ($n = 10$) составили пациенты дошкольного возраста (3–6 лет), 41,5 % ($n = 22$) — младшего школьного возраста (7–11 лет), 34 % ($n = 18$) — старшего школьного возраста (12–14 лет), 5,7 % ($n = 3$) — подростки (15–17 лет).

Всем детям был проведен унифицированный комплекс фтизиатрического обследования, включающий сбор анамнеза, оценку факторов риска, жалоб, объективный осмотр, анализы клинического минимума (клинический анализ крови, общий анализ мочи), иммунологические кожные тесты — проба Манту с 2 ТЕ, проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест), лучевые методы исследования (обзорная рентгенография, мультисрезовая компьютерная томография).

Критериями включения в исследование были: положительный результат пробы с Диаскинтестом (ДСТ) и отсутствие специфических изменений по данным (МСКТ).

Критерии исключения: отрицательный результат ДСТ, наличие специфических изменений во внутригрудных лимфатических узлах или легочной ткани по данным МСКТ при первичном обследовании, наличие доказанного иммунодефицита.

Все пациенты были разделены на три группы: I группа ($n=24$) дети, получившие курс превентивной терапии 2 противотуберкулезными препаратами (изониазид + пиризинамид) сроком 3 месяца; II группа ($n = 13$) — дети, получившие курс превентивной терапии 2 противотуберкулезными препаратами (изониазид + пиризинамид) сроком 6 месяцев; III группа ($n = 16$) — дети, не получившие превентивную терапию в связи с отказом родителей. При анализе факторов риска установлено, что среди детей I группы у 50 % ($n = 12$) установлен контакт с больным туберкулезом, в связи с чем в I группе были выделены IA ($n = 12$) и IB ($n = 12$) подгруппы.

Через 6 месяцев всем детям было проведено контрольное обследование с обязательным выполнением Диаскинтеста и МСКТ.

Статистический анализ материала проведен с применением программ GraphPad Prizm8. Для оценки различий количественных признаков использовались следующие показатели: определение среднего значения, стандартное отклонение. Для оценки достоверности различия качественных признаков (долей в группах) применяли критерий Хи-квадрат.

Результаты исследования и их обсуждение

Удельный вес сопутствующей патологии в группах сравнения достоверно не различался: в I группе — 33,3 % (8), во II группе — 30,8 % ($n = 4$), в III группе — 25 % ($n = 4$). Также отсутствовали достоверные различия чувствительности по ДСТ при первичном обследовании (размер папулы, мм): в IA подгруппе — $13,5 \pm 1,3$ мм; в IB подгруппе — $14,8 \pm 1,5$ мм; во II группе — $16 \pm 3,9$ мм; в III группе — $13,3 \pm 3,1$ мм. Сравнение результатов ДСТ при динамическом обследовании в группах через 6 месяцев показало, что достоверное уменьшение размеров папулы по ДСТ отмечалось только во II группе (с $16 \pm 3,9$ мм до $10,6 \pm 2,3$ мм, $p = 0,002$) У детей из IA подгруппы отмечалось нарастание чувствительности по ДСТ (с $13,5 \pm 1,3$ мм до $17,4 \pm 1,2$ мм, $p = 0,04$), в IB — некоторое снижение (с $14,8 \pm 4,1$ мм до $13,8 \pm 3,3$ мм, $p > 0,05$), в III группе результат ДСТ сохранился на том же уровне ($13,3 \pm 3,1$ мм против $13,2 \pm 2,7$ мм) (рисунок 3).

При контрольном МСКТ исследовании установлено, что только у пациентов во II группе в 100 % случаев отсутствовали специфические изменения. В IA подгруппе у 7 из 12 детей отмечено появление специфических изменений в виде мелких очагов или кальцинатов (58,3 %), в IB подгруппе у 5 из 12 (41,7 %), в III группе — у 6 из 12 (50 %) детей.

Выводы

Для детей с латентной туберкулезной инфекцией (особенно при наличии установленного контакта) проведение трехмесячного курса превентивной терапии недостаточно. У пациентов, получивших курс лечения сроком 6 месяцев, отмечалось достоверное снижение активности туберкулезной инфекции по результатам Диаскинтеста, а также отсутствие специфических изменений в легких и внутригрудных лимфатических узлах по результатам МСКТ в динамике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ проведения превентивного лечения детям из очагов туберкулезной инфекции / Ю. А. Яровая [и др.] // Педиатр. — 2017. — Т. 8, № S1. — С. 369–370.
2. Данные туберкулинодиагностики и превентивной химиотерапии у больных туберкулезом детей из контактов / Т. Е. Тюлькова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2015. — № 6. — С. 157–158.
3. *Кривохиж, В. Н.* Диагностика и лечение латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ) у детей и подростков / В. Н. Кривохиж, Г. А. Степанов // Педиатр. — 2017. — Т. 8, № S1. — С. 166.
4. Критерии эффективности лечения туберкулеза у детей в современных условиях / Н. А. Бармина [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2017. — Т. 95, № 10. — С. 69–75.
5. Федеральные клинические рекомендации «Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) у детей» [Электронный ресурс] / В. А. Аксенова [и др.]. — Общероссийская общественная организация «Российское общество фтизиатров». — М., 2016. — Режим доступа: http://roftb.ru/netcat_files/doks2017/kl_1.pdf. — Дата доступа: 10.03.2019.

УДК 616-002.5+618.2

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Улитёнок Е. В., Вабищевич Ж. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Г. Л. Бородина

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез является одной из 10 ведущих причин смерти в мире. Туберкулез обычно болеют молодые люди, что еще больше подчеркивает социальные аспекты заболевания: 70 % пациентов — это лица 20–40 лет [1, 2]. Среди общего числа заболевших, женщин в возрасте от 20 до 30 лет становится все больше. В период беременности и после родов заболеваемость женщин в 2–2,5 раза выше, чем вне беременности. Во время беременности туберкулез поздно диагностируется и иногда заканчивается летальным исходом. «Больная туберкулезом девушка не должна беременеть, беременная не должна рожать, а родившая не должна кормить грудью»: такое мнение бытует среди фтизиатров со стажем работы. По данным литературы токсическое влияние туберкулезной инфекции и длительный прием противотуберкулезных лекарственных средств способствуют развитию ряда заболеваний женской репродуктивной системы [3].

Цель

Проанализировать течение беременности и родов у пациентов с туберкулезом.