

принимали изониазид в сочетании с рифампицином, 37 – изониазид и пиразинамид, остальные – изониазид и этамбутол в зависимости от переносимости. Доза изониазида в этой группе весь период лечения в течение 6 мес. составляла 0,3 г в сутки.

**Результаты.** В Республике Татарстан при очаговых формах туберкулеза частота обнаружения бактериовыделения в период 2000-2005 гг. составляла 10-12%, в подавляющем большинстве случаев методом посева. В этот период практически по всей России посева проводились на твердые питательные среды, результаты которых получали через 3 мес. Имеющиеся в литературе данные о гораздо более высоком выявлении МБТ при очаговом туберкулезе вызывают сомнения, так как для наличия бактериовыделения необходима деструкция легочной ткани, которая при максимальном размере очага в 1,0 см при обычном рентгеномографическом исследовании выявляется не более чем в 3% случаев. Учитывая малую вероятность генетических мутаций с формированием лекарственной устойчивости МБТ при малых формах туберкулеза, можно предположить первичную лекарственную устойчивость при таких вариантах туберкулеза. В связи с изложенным выбор тактики лечения больных основной группы определялся отсутствием данных об устойчивости МБТ в связи с невозможностью определить их при малых процессах на основании ранее полученной информации о первичной ле-

карственной устойчивости МБТ при туберкулезе с бактериовыделением. При оценке отдаленных результатов лечения в 2013-2014 г. у данных пациентов установлено, что больные обеих групп после окончания переведены в III группу диспансерного учета и через 2-3 года сняты с него. В последующем в основной группе рецидив возник у 2 (0,97%) больных, в группе сравнения – у 11 (6,25%) пациентов, т. е. в 6,44 чаще, чем в основной группе. У всех пациентов с рецидивом установлено бактериовыделение, при этом в основной группе у 1 больного выявлена устойчивость возбудителя к изониазиду, у другого – к изониазиду и этамбутолу. В группе сравнения у всех больных выявлена лекарственная устойчивость возбудителя к изониазиду, из них у 8 в сочетании с рифампицином (МЛУ), у остальных – с этамбутолом.

**Заключение.** Несмотря на то что стоимость лечения в основной группе незначительно выше, чем в группе сравнения, затраты на лечение при возникновении рецидивов, особенно при МЛУ МБТ, с длительным использованием дорогостоящих, не всегда хорошо переносимых резервных препаратов, оказываются многократно больше. Это подтверждается и тем, что если в РФ частота рецидивов составляет 10,3 на 100 тыс., в Республике Татарстан – 7,7. В связи с изложенным полагаем, что необходимо пересмотреть принципы химиотерапии туберкулеза при неизвестной лекарственной устойчивости.

---

## АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

*ВАЛИЕВ Р. Ш., ФАТЫХОВА Р. Х., ТЕПЛОВА Т. П., ИГНАТЬЕВА Е. В.*

### ANALYSIS OF CAUSES OF TUBERCULOSIS DEVELOPMENT IN CHILDREN FROM RISK GROUPS

*VALIEV R. SH., FATYKHOVA R. KH., TEPLOVA T. P., IGNATIEVA E. V.*

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань  
ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер», г. Казань

Kazan State Medical Academy, Kazan, RF  
Republican Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Kazan, RF

---

**Цель:** изучить причины развития активной туберкулезной инфекции у детей и подростков в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции (РПТИ) с нарастанием чувствительности и гиперергическими реакциями на туберкулин.

**Материалы и методы.** Проведен анализ причин развития туберкулеза у детей, наблюдающихся в VIA, VIB и VIB группах диспансерного учета.

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Татарстан, несмотря на стабилизацию в последние годы, остается напряженной. Из об-

щего числа заболевших лица в возрасте 0-17 лет составляют 4,1-5,0%.

В 2014 г. заболеваемость детей и подростков от 0 до 17 лет в Республике Татарстан снизилась на 18,5% и составила 8,8 на 100 тыс. населения соответственной возрастной группы.

Профилактически выявляется 96,2% детей (данные 2014 г.), в том числе при массовом скрининге по пробе Манту с 2 ТЕ и пробе с диаскинтестом выявлено 42,3% заболевших детей и 40,0% подростков; 53,9% заболевших детей выявлено при ин-

дивидуальной иммунодиагностике в группах риска (РППТИ, туберкулезное инфицирование с нарастанием чувствительности или с гиперергической реакцией на туберкулин, при первичном обследовании по поводу вновь выявленного контакта с больным туберкулезом, в ходе наблюдения в связи с туберкулезным контактом).

В исследование включены 42 ребенка, заболевшие туберкулезом органов дыхания в 2010-2014 гг. и состоявшие на диспансерном учете по VIA, VIB и VIB группам диспансерного учета. Из числа состоящих по VIA группе заболевание туберкулезом выявлено у 29 (78,4%) детей и 1 (20%) подростка, из состоящих по VIB группе – 7 (18,7%) детей и 1 (20%) подростка, из состоящих по VIB группе – у 1 (2,7%) ребенка и 3 (60%) подростков.

Число заболевших в группе риска (VIA, B, B диспансерные группы) по годам распределилось следующим образом: в 2010 г. заболело 10 детей и 2 подростка, в 2011 г. – 10 детей, в 2012 г. – 7 детей и 2 подростка, в 2013 г. – 5 детей и 1 подросток, в 2014 г. – 5 детей. У 34 (80,9%) человек заболевание выявлено при РКТ-обследовании (при отсутствии патологических изменений при стандартном рентгенологическом обследовании).

Дети распределились по возрасту: 0-2 года – 1 (2,4%), 3-6 лет – 21 (50,0%), 7-14 лет – 15 (35,7%), 15-17 лет – 5 (11,9%) человек, из них девочки и мальчики составили по 50% (по 21).

По клиническим формам больные распределились следующим образом: 29 (71,4%) – туберкулез внутригрудных лимфоузлов, первичный туберкулезный комплекс – 4 (9,5%), инфильтративный туберкулез легких – 7 (16,7%), очаговый туберкулез – 2 (4,8%) человека.

**Материалы и методы.** В ходе наблюдения по VI группе диспансерного учета у 13 детей/31,0% был выявлен контакт с больным туберкулезом, который не был известен при взятии на учет по VI группе.

Из числа заболевших туберкулезом в VI группе диспансерного учета получили превентивное лечение 30 детей/71,4%, в том числе 19 человек – один курс превентивного лечения комбинацией из 2 противотуберкулезных препаратов (изониазид + пипразинамид), 11 человек – два курса превентивного лечения (второй курс был назначен в связи с сохраняющейся выраженной реакцией на пробу с диаскинтестом). Из числа получивших превентивное лечение 23 (76,7%) человека лечились контролируемо, в том числе 11 человек – в условиях санатория. Не получили превентивное лечение 7 (16,7%) человек из-за отказа родителей, 5 (11,9%) – в связи

с отрицательной реакцией на пробу с диаскинтестом при взятии на учет по VI группе диспансерного учета.

При взятии на учет по VI группе диспансерного учета в исследуемой группе детей, заболевших туберкулезом, реакция на пробу с диаскинтестом была положительной у 23 /54,8%; у 5 детей (11,9%) – отрицательной; у 14/33,3% при взятии на учет проба с диаскинтестом не поставлена (взятие на учет в 2009 г. и I квартале 2010 г.).

При выявлении туберкулеза у 41 (97,6%) ребенка реакция на пробу с диаскинтестом была положительной, в том числе у 29/69,1% – гиперергической; у 1 ребенка (2,4%) – сомнительной.

#### **Выводы.**

1. Внедрение пробы с диаскинтестом в группах риска улучшило выявляемость малых форм туберкулеза: в 80,9% туберкулез диагностирован по РКТ, которая проводилась в связи с положительной реакцией на пробу с диаскинтестом.

2. У 31% заболевших контакт с больным туберкулезом был выявлен после заболевания ребенка, поэтому необходимо обследовать окружение детей из группы риска в полном объеме, в том числе учитывать родственные, квартирные контакты.

3. Наиболее уязвимой группой являются дети в возрасте 3-6 лет в РППТИ.

4. Наибольшая выявляемость туберкулеза среди состоящих на учете по VI группе зарегистрирована в 2010-2011 гг., т. е. после внедрения пробы с диаскинтестом. Это объясняется тем, что при взятии на учет по VI группе диспансерного учета в 2009-2010 гг. (I полугодие) пробы с диаскинтестом не проводились и заболевание не было диагностировано, а после внедрения в практику диаскинтеста в группе риска возросла выявляемость малых форм туберкулеза.

5. Только 5 (11,9%) детей из числа заболевших в группе риска не получили превентивное лечение из-за отрицательной реакции на пробу с диаскинтестом при взятии на учет.

6. Основными причинами развития заболевания в группе риска являются наличие неизвестного контакта с больным туберкулезом, неполный объем обследования при взятии на учет (не проведена РКТ), наличие сопутствующих заболеваний, неконтролируемое превентивное лечение.

7. Учитывая короткий срок динамического наблюдения после внедрения пробы с диаскинтестом (с 2010 г.), необходимо продолжить проведение ретроспективного анализа за детьми из группы риска, не получившими превентивное лечение в связи с отрицательной реакцией на пробу с диаскинтестом.