

бу Манту или с сомнительной и положительной реакцией на пробу с диаскинтестом; в большинстве случаев совместных выходов эпидемиолога и фтизиатра в учреждения по случаям выявления активного туберкулеза не было; ни эпидемиологом, ни фтизиатром в большинстве случаев не проводился контроль организации проведения в ПНИ противоэпидемических мероприятий по случаю выявления там случаев активного туберкулеза; некоторыми курирующими ПНИ противотуберкулезными диспансерами не выделялось своевременно необходимое количество противотуберкулезных препаратов для проведения химиопрофилактики туберкулеза у контактных; иногда туберкулинодиагностика проводилась контактным в ПНИ только спустя месяц после выявления случаев активного туберкулеза или не проводилась вообще; камерная дезинфекция при туберкулезе выполнялась в некоторых ПНИ не по 30 мин, как положено, а сокращалась по времени; не всем контактным проводилось исследование мокроты на КУМ методом микроскопии; в большинстве случаев немотивированно сужались границы очага и круг контактных лиц по туберкулезу; не во всех помещениях ПНИ, входящих в очаг туберкулеза, проводилась заключительная влажная дезинфекция.

**Заключение.** В ПНИ в 2012-2014 гг. регистрировались случаи выявления активного туберкулеза, возникновению которых способствовал ряд условий. А именно: недостаточная настороженность сотрудников ПНИ в отношении возросшей в последние годы возможности заноса и распространения в учреждениях такого профиля туберкулезной инфекции; недостаточность умений медперсонала в вопросах организации и проведения профилактических и противоэпидемических противотуберкулезных мероприятий, в частности, таких как своевременность изоляции больных с подозрением на туберкулез, сроки начала и продолжительность мероприятий и др. Границы очага и круг контактных по туберкулезу лиц немотивированно сужались. Флюорографическое обследование контактных затягивалось. Химиопрофилактику туберкулеза и туберкулинодиагностику (диаскинтест) у контактных клиентов начинали несвоевременно, сотрудникам химиопрофилактика туберкулеза не проводилась. Необходимо указать также на имевшие место недостатки в проведении заключительной дезинфекции при туберкулезе, несвоевременное начало проведения противотуберкулезных противоэпидемических мероприятий, осуществление их в неполном объеме и с нарушением существующих требований.

---

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*ЭЙСМОНТ Н. В., ПОПКОВА Г. Г.*

### TUBERCULOSIS TREATMENT OUTCOMES IN HIV INFECTED CHILDREN IN SVERDLOVSK REGION

*EYSMONT N. V. POPKOVA G. G.*

ГБУЗ Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург

Sverdlovsky Regional Anti-tuberculosis Dispensary, Yekaterinburg, RF

---

**Цель:** оценить результаты лечения туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией.

**Материалы и методы.** В исследование включены 48 детей в возрасте от 1 года до 13 лет с ВИЧ-инфекцией, болевшие туберкулезом, в Свердловской области с 2004 по 2014 г. Дети разделены на группы по возрастам: от 0 до 3 лет (23 человека), от 4 до 7 лет (19 человек) и от 8 до 13 лет (6 человек). Оценивали тактику ведения пациентов в каждой из указанных возрастных групп и сравнивали результаты их лечения. Статистическую значимость различий между сравниваемыми группами оценивали по отношению шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом (ДИ) и полагали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Основные характеристики изученных групп не отличались между собой: половой состав, отсутствие у ребенка БЦЖ в роддоме, результаты тестирования туберкулином и диаскинтестом, частота активного туберкулеза. У большинства детей имелся тубконтакт в анамнезе, в том числе в очаге смерти, в очаге с бактериовыделителем, включая бактериовыделителя с МЛУ МБТ. Общее состояние ребенка при госпитализации, стадии ВИЧ-инфекции при выявлении туберкулеза, частота наличия вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции и сопутствующей ей и туберкулезу патологии, доля детей, получавших ВАРТ при лечении туберкулеза, частота

туберкулеза органов дыхания и его внелегочных локализаций, встречаемость сочетания двух локализаций туберкулеза и генерализованного специфического процесса, доля детей, имевших бактериовыделение, в группах наблюдения не отличались ( $p = 0,0800766-1,0000000$ ).

Средний срок стационарного лечения детей в возрасте от 4 до 7 лет оказался дольше ( $357,7 \pm 35,8$  дня) по сравнению с группами детей в возрасте от 0 до 3 лет ( $248,4 \pm 30,9$  дня) и от 8 до 13 лет ( $274,8 \pm 24,7$  дня). С улучшением состояния из стационара выписалось большинство детей из трех групп: 95,5; 94,7; 83,3% соответственно. При выписке из стационара абациллированы большинство детей (60,0-100,0%). Достигнута фаза ремиссии ВИЧ-инфекции также у подавляющего большинства детей при выписке из стационара: 91,3; 100,0; 100,0% соответственно. За период лечения туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией средний уровень CD4 в крови повысился: в возрасте от 0 до 3 лет – в 1,7 раза, от 4 до 7 лет – в 1,9 раза, от 8 до 13 лет – в 1,4 раза. Для лечения детей всех трех групп в период интенсивной фазы лечения туберкулеза одинаково часто использовали изониазид, пиразинамид и аминогликозиды, одинаково редко – рифампицин, рифобутин, фторхинолоны, ПАСК, протионамид ( $p = 0,1560053-1,0000000$ ). Средний срок интенсивной фазы лечения туберкулеза у детей всех трех групп оказался одинаковым: в возрасте от 0 до 3 лет –  $137,6 \pm 13,5$  дня, в возрасте от 4 до 7 лет –  $144,0 \pm 10,2$  дня, в возрасте от 8 до 13 лет –  $108,0 \pm 34,0$  дня. В период фазы продолжения лечения туберкулеза одинаково часто применяли изониазид и пиразинамид, одинаково редко – рифампицин, ПАСК, протионамид

( $p = 0,4634146-1,0000000$ ). Средний срок фазы продолжения лечения туберкулеза также оказался одинаковым для всех трех групп изучения:  $180,2 \pm 21,6$ ;  $228,2 \pm 36,3$ ;  $164,3 \pm 15,7$  дня соответственно. После окончания основного курса лечения туберкулеза детям в возрасте от 8 до 13 лет только в 33,3% случаев проводили регулярные профилактические курсы лечения для предотвращения обострения туберкулеза по сравнению с детьми в возрасте от 0 до 3 лет (100,0% случаев, ОШ не определено,  $p = 0,0396825$ ) и от 4 до 7 лет (89,5%, ОШ 0,06, 95%-ный ДИ 0,00-0,78,  $p = 0,0151327$ ). Обострение туберкулеза у изученных детей не наблюдалось, однако клинического излечения туберкулеза достигли только 16,7% детей из группы в возрасте от 8 до 13 лет по сравнению с детьми из группы в возрасте от 0 до 3 лет (81,8%, ОШ 0,06, 95%-ный ДИ 0,00-0,73,  $p = 0,0105217$ ) и от 4 до 7 лет (89,5%, ОШ 0,07, 95%-ный ДИ 0,00-0,96,  $p = 0,0225296$ ). Средний срок наступления клинического излечения туберкулеза после эффективного окончания основного курса лечения специфического процесса у больных ВИЧ-инфекцией детей составил 3 года 6 мес.

**Заключение.** Тактика ведения детей при проведении основного курса лечения туберкулеза была независимой от возраста ребенка, и результаты основного курса лечения туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией также оказались одинаковыми. Однако отказ от регулярных профилактических курсов лечения туберкулеза после окончания основного курса достоверно уменьшал долю детей, у которых было достигнуто клиническое излечение туберкулеза.

---

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ВО ФТИЗИАТРИИ: НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

ЮДИН С. А., БАРКАНОВА О. Н., ДЕЛАРИУ В. В., ГАГАРИНА С. Г., КАЛУЖЕНИНА А. А.

### CORRELATION OF MEDICAL AND SOCIAL FACTORS IN TUBERCULOSIS CONTROL: UNSOLVED PROBLEMS

YUDIN S. A., BARKANOVA O. N., DELARYU V. V., GAGARINA S. G., KALUZHENINA A. A.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Волгоград

Volgograd State Medical University, Volgograd, RF

---

Туберкулез как инфекционное и социально значимое заболевание и сегодня представляет глобальную угрозу общественному здоровью в мире и РФ. В последние десятилетия противотуберкулезная помощь в РФ значительно реформировалась, однако требования фтизиатрии выходят за рамки традиционно принятых подходов. В настоящее время не налажена преемственность в лечении и реабилитации

фтизиатрических пациентов не только в рамках социального института здравоохранения (между фтизиатрическими и общесоматическими структурами), но и с другими институтами (социальной помощи населению, права, защиты общественного порядка).

**Цель:** разработка современной концепции интегративной системы реабилитации фтизиатрических пациентов.