

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
ГАУЗ «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 (РППТИ) 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-

двигательной 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, Б, В 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 болезни 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 + пирразинамид), 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.