

УДК 616-002.5-036.2-053.2(571.53)

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ИСХОДЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙНОГО КОНТАКТА

**Т. В. Чеботарева**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,

**Э. В. Шигарева**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

**Ключевые слова:** туберкулез, заболеваемость из контакта, дети.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): shigareva67@yandex.ru

Туберкулез у детей является серьезной медико-социальной проблемой, которая не утратила своей значимости до настоящего времени. Основной причиной детской заболеваемости является длительный неразобщенный контакт с родственниками, болеющими активным туберкулезом, и отсутствие полноценных профилактических мероприятий.

Проведен ретроспективный анализ 36 историй болезни детей, проходивших обследование и лечение в детском отделении ОБУЗ «Ивановский областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина» за период 2015–2017 гг. по поводу туберкулеза, который развился у них вследствие длительного (более шести месяцев) неразобщенного контакта с больными активным туберкулезом. У 27 детей (75 %) туберкулез был выявлен при первичном обследовании очага туберкулезной инфекции, у 9 (25 %) – в процессе наблюдения за очагом. 15 пациентов (42 %) были в возрасте от 4 до 7 лет и 21 – от 8 до 13 лет (58 %).

Все дети были вакцинированы БЦЖ. Из них 30 (83,3 %) были привиты в родильном доме и 6 (16,6 %) – в возрасте до года в условиях детской поликлиники по месту жительства. У всех имелся поствакцинальный кожный знак, то есть вакцинация была проведена эффективно.

Источниками инфекции являлись 25 взрослых с активным туберкулезным процессом. Из них у 19 (76 %) отмечалось бактериовыделение: у 12 (63,2 %) определялась лекарственная устойчивость (у 6 (31,6 %) – множественная, у 3 (15,8 %) – полирезистентность и у 3 (15,8 %) – монорезистентность). Среди клинических форм преобладал инфильтративный туберкулез (в 64 % случаев), диссеминированный в фазе распада (в 24 %) и генерализованный туберкулез (в 12 %).

Во всех семьях санитарно-гигиенические условия были неудовлетворительными, родители не имели постоянного дохода и в течение длительного времени не проходили профилактическое флюорографическое обследование. В 19,3 % случаев родствен-

ники, с которыми контактировали заболевшие дети, вели асоциальный образ жизни (имели алкогольную или наркотическую зависимость).

При обследовании детей по поводу контакта с больными активным туберкулезом выявлено, что иммунологическое обследование в должные сроки не проводилось в связи с неявкой по вине родителей. Несмотря на наличие тесного внутрисемейного контакта, никто из детей не получал противотуберкулезную химиопрофилактику в связи с отказом родителей или их асоциальным поведением. По этим же причинам во всех случаях не была осуществлена изоляция источника туберкулезной инфекции. В 10 случаях (40 %) изоляция была несвоевременной по причине уклонения больных от госпитализации и в 15 (60 %) – неполноценной, так как больные активным туберкулезом самовольно периодически уходили из стационара и продолжали контактировать с детьми.

Таким образом, высокая степень эпидемической опасности очага, бактериовыделение и наличие лекарственной устойчивости у источника инфекции, факторы, снижающие естественную резистентность организма ребенка (низкий уровень жизни, сопутствующие заболевания), а также организационные проблемы (неизвестные очаги туберкулезной инфекции, нарушение сроков обследования детей из контакта с бактериовыделителями, отсутствие разобщения контакта и полноценных курсов химиопрофилактики) – основные причины, способствовавшие развитию туберкулеза у детей из внутрисемейного контакта.

В клинической структуре заболевания у обследованных преобладали распространенные формы: у 22 (61 %) – первичный туберкулез, протекавший по осложненному типу с наличием обсеменения легочной ткани, у 4 (11 %) – генерализованный туберкулез с поражением легких, внутригрудных и периферических лимфатических узлов, у 7 (20 %) – очаговый туберкулез и у 3 (8 %) – туберкулез внелегочной локализации. При поступлении в стационар у всех де-

тей имел место выраженный синдром интоксикации: у 34 (94,4 %) – плохой аппетит, дефицит массы тела, у 13 (36,1 %) – психоэмоциональные нарушения (плохой сон, повышенная возбудимость или вялость и утомляемость), у 27 (75 %) – длительный субфебрилитет. У всех наблюдаемых отмечалась периферическая лимфаденопатия, у 9 (25 %) – гепатоспленомегалия, у 12 (33,3 %) – нормохромная анемия.

У 10 из 36 заболевших (28 %) проведено бактериологическое исследование мокроты: микобактерии туберкулеза обнаружены у одного ребенка. При определении чувствительности к лекарственным препаратам у него была установлена множественная лекарственная устойчивость (к изониазиду, рифампицину, стрептомицину), что соответствовало резистентности возбудителя у источника инфекции – больной туберкулезом матери.

Всем наблюдаемым проводилось иммунологическое обследование с использованием Диаскинтеста и пробы Манту с 2 ТЕ. Несмотря на тяжелое течение туберкулезного процесса, ни у одного ребенка не было отрицательной анергии. При оценке пробы Манту у 22 (61 %) реакция была нормергической, у 11 (31 %) – гиперергической, у 3 (8 %) – слабоположительной. Аналогичные ответные реакции наблюдались при оценке пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным: у 29 детей (80,5 %) она была нормергической, у 7 (19,5 %) – гиперергической.

С целью обследования и лечения все дети были госпитализированы в детское отделение ОБУЗ «Ивановский областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина». После подтверждения диагноза 29 детей (80,5 %) получали лечение по I режиму химиотерапии, у 7 (19,5 %) использовались препараты резервного ряда (амоксиклав в

сочетании с ПАСК) в связи с аналогичной чувствительностью к лекарственным препаратам у источника инфекции. Длительность стационарного лечения у 26 (72,3 %) пациентов составила 8–10 месяцев, у 10 (27,7 %) – 6 месяцев. В процессе лечения у 4 детей (11 %) отмечались побочные эффекты в виде гепатотоксических реакций (жалобы на боли в правом подреберье, гепатомегалия при УЗИ, повышение уровня билирубина и трансаминаз в крови при биохимическом анализе), нейротоксических реакций (нарушение сна, плаксивость, повышенная возбудимость) и диспептических расстройств (тошнота, рвота, нарушение стула). В связи с развитием побочных реакций химиопрепараты у этих детей временно были отменены и назначено симптоматическое лечение до исчезновения признаков непереносимости лекарственных препаратов. В результате лечения у 32 пациентов (89 %) наступило клиническое излечение с наличием малых и умеренно выраженных остаточных изменений, у 3 (8,3 %) удалось добиться значительного клинического улучшения (повышение массы тела, исчезновение симптомов интоксикации, частичное рассасывание и уплотнение патологических изменений во внутригрудных лимфатических узлах и легких), у одного ребенка (2,7 %) процесс перешел в хронически текущий первичный туберкулез. Таким образом, в 97,3 % случаев отмечался хороший эффект от лечения, так как все дети были госпитализированы и им проведен полноценный курс с использованием оптимальных схем химиотерапии (с учетом лекарственной чувствительности у источника бактериовыделения).

Итак, проведенный анализ демонстрирует недостатки противоэпидемической и профилактической работы с детьми из внутрисемейного контакта в очагах туберкулезной инфекции.

---

## TUBERCULOSIS CLINICAL MANIFESTATIONS AND OUTCOMES IN CHILDREN BY FAMILY CONTACTS

T. V. Chebotaryova, E. V. Shigareva

**Key words:** tuberculosis, morbidity by contacts, children.