

на пробу Манту. Следовательно, ДСТ может считаться вспомогательным методом в диагностике активного туберкулеза и должен использоваться в комплексе с другими видами обследования. Частота гиперергических реакций на ДСТ существенно повышается при ТВГЛУ, ПТК, экссудативном плеврите, инфильтративном туберкулезе, а также при наличии тесного длительного контакта с бак-

териовыделителем. Достижение клинического эффекта в ходе лечения в большинстве случаев не сопровождается переходом положительной реакции на ДСТ в отрицательную, но степень выраженности реакции снижается. Следовательно, в оценке эффективности лечения данный тест не является решающим, но также может использоваться в комплексе с другими методами.

ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИЗ СЕМЕЙНОГО КОНТАКТА

О. В. МАСЛОВА¹, О. К. КИСЕЛЕВИЧ², Е. Е. ВЛАСОВА¹, А. Н. ЮСУБОВА², Е. В. БОГДАНОВА¹

¹МНПЦ борьбы с туберкулезом,

²ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», г. Москва

На фоне относительно благоприятной эпидемической ситуации по туберкулезу в целом заболеваемость детей остается достаточно высокой. Увеличение «истинной» заболеваемости зачастую связано с ростом числа источников инфекции. В раннем возрасте из-за ограниченности контактов инфицирование микобактериями туберкулеза происходит в семье, что приводит в этой возрастной группе к развитию заболевания практически у всех детей.

Возникновение туберкулеза в раннем возрасте часто связано с наличием фоновых заболеваний, отсутствием противотуберкулезного иммунитета, неблагоприятными условиями жизни в семье, недостаточными профилактическими мероприятиями в очаге.

Цель: изучение заболеваемости туберкулезом у детей раннего возраста, проживающих в одной семье с больными туберкулезом родственниками, и факторов, на нее влияющих.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 59 детей от 0 до 3 лет из 28 семей, находившихся на лечении в туберкулезном легочном педиатрическом отделении МНПЦ БТ с 2006 по 2013 г. В исследование включены дети, проживающие в одной семье, состоящие в родственных отношениях. Было выявлено 25 семей, в которых было по 2 ребенка (из них в 3 семьях дети были из двойни), в 3 – по 3 детей. Мальчиков было 25, девочек – 34. Контакт с больным туберкулезом установлен в 89% семей.

Результаты. Неблагоприятные условия жизни были выявлены у $\frac{2}{3}$ семей (алкоголизм, наркомания, ВИЧ-инфекция у родителей, семьи мигрантов и приезжих). Среди взрослых членов семьи туберкулезом болели: мать – в 13 семьях, отец – в 6, бабушка – в 6, дедушка – в 4, дядя – в 1, очаг смерти – 3, множественный контакт – 6 семей.

В многодетных семьях: в одной семье туберкулезом заболели все трое детей (мальчик, 1 год 7 месяцев – 2-сторонний туберкулез внутригруд-

ных лимфатических узлов (ТВГЛУ), сестра, 2 года 10 месяцев – генерализованный туберкулез – туберкулезный менингоэнцефалит и ТВГЛУ, старший брат, 5 лет – ТВГЛУ, туберкулезный плеврит). В двух семьях двое детей из 3 заболели локальным туберкулезом, у двоих установлен диагноз туберкулезной интоксикации.

Диагноз туберкулеза был подтвержден у всех детей. Среди них туберкулезная интоксикация – у 15, ТВГЛУ – 32, из них 4 случая с осложненным течением, первичный туберкулезный комплекс – 8, генерализованный туберкулез – у 6 детей, из них менингоэнцефалит – 2, туберкулез органов брюшной полости (перитонит, мезаденит) – 1, туберкулез костей – 2, туберкулез периферических лимфоузлов – 1, туберкулез почек – 1.

Выводы. Дети, проживающие в семьях, где есть больные туберкулезом, подвержены наибольшему риску заболевания. На заболеваемость детей туберкулезом оказывают влияние медицинские и социальные факторы: длительный тесный семейный контакт, наличие фоновых заболеваний, неудовлетворительные социально-бытовые условия жизни, отсутствие характерных начальных клинических проявлений туберкулеза, нередко маскирующихся под неспецифические заболевания.

В ряде случаев заболевание у родителей выявляется после установления диагноза у ребенка, что происходит из-за отсутствия приверженности взрослого населения к регулярным обследованиям и недостаточной общей настороженностью к туберкулезу.

Для детей раннего возраста наиболее существенной профилактической мерой является предупреждение контакта. Поэтому до рождения ребенка необходимо усилить профилактические мероприятия в семьях, где есть больные туберкулезом, провести обследование соседей, если семья проживает в коммунальной квартире или общежитии. После рождения ребенка необходи-

мо обязательное рентгенологическое обследование не только матери, но и всех членов семьи с проведением (при необходимости) специфиче-

ской профилактики. Особое внимание при сборе анамнеза стоит уделить медико-социальным факторам риска.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПРИСОЕДИНЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА

С. В. МИХАЙЛОВА¹, В. Н. КРИВОХИЖ²

¹Противотуберкулезный диспансер № 12 Адмиралтейского района, г. Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель исследования: изучить факторы риска в разные периоды формирования ребенка и их влияние на развитие туберкулезной инфекции в будущем.

Материалы и методы. Обследовано 385 детей из очагов туберкулеза (основная группа) и 340 детей из здорового окружения, состоящие на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере по VI группе учета (контрольная группа), проживающих в Адмиралтейском районе г. Санкт-Петербурга. Возраст детей – от 0 до 14 лет включительно. Для изучения медицинских факторов риска развития туберкулезной инфекции у детей основной и контрольной групп в разные периоды формирования ребенка (пренатальный, интранатальный и постнатальный) проанализировано 725 первичных документов (выписные справки из родильных домов и выписки из отделений патологии новорожденных детских стационаров), что позволило выявить отклонения в течении беременности и родов, а также особенности ранней адаптации новорожденных, сопутствующие в дальнейшем развитию туберкулезной инфекции. Изучение медицинских факторов риска развития туберкулезной инфекции у детей основной и контрольной групп в постнатальном периоде проводили на основе ответов одного из родителей на вопросы, включенные в специально разработанную формализованную медико-статистическую карту, а также на основе медицинских карт (форма № 026/у) и историй развития (форма № 112/у). Детальный анализ медицинских документов позволил установить основные медицинские факторы риска, сопутствующие впоследствии развитию туберкулезной инфекции у детей. Методы исследования: эпидемиологический, клинический, статистический.

Результаты. Практически равное число беременных женщин основной и контрольных групп использовали свой дорожный отпуск (83,0 и 88,0% соответственно), но каждая четвертая беременная женщина из семейных очагов с бактериовыделением его не использовала (26,5%) ($p < 0,05$). На учет в женской консультации в срок до 12 нед. было поставлено 61,5% женщин основной группы и 84,0% – контрольной. 12,0% беременных женщин из квартирных очагов туберкулеза не состоя-

ли на учете в женской консультации. Одинаковое число женщин основной и контрольной групп соблюдали режим питания во время беременности (84,5 и 84,0% соответственно). Во время беременности продолжали курить 25,0% женщин основной группы (больше в 4 раза) и всего 6,0% – контрольной, причем женщин из семейных очагов туберкулеза курило в 8 раз меньше в сравнении с квартирными очагами (5,0 и 40,0%) ($p < 0,01$). При сборе гинекологического анамнеза получены следующие результаты: в основной группе 63,0% женщин не делали аборт, а в контрольной группе – только 52,0%. Женщин, сделавших 3 аборта и более, в основной группе 8,0%, а в контрольной группе – в 1,5 раза больше (12,0%). То есть в контрольной группе 3 аборта и более сделали достоверно большее число женщин ($p < 0,05$). В основной группе 23,0% матерей имели в анамнезе выкидыши на разных сроках беременности, а в контрольной группе – в 1,4 раза меньше (16,0%) ($p > 0,05$), но значимых различий не выявлено. Наличие хронических воспалительных заболеваний репродуктивной сферы отмечено у 47,5% матерей детей основной группы и у 28,0% матерей контрольной группы (меньше в 1,6 раза). Установлено, что хронические заболевания репродуктивной системы матерей в анамнезе достоверно влияют на предрасположенность развития туберкулезной инфекции у ребенка, проживающего в очаге туберкулеза ($r > 0,9$). Проанализированы все случаи, когда женщины во время беременности данным ребенком болели острыми респираторными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний. Выявлено, что не болели во время беременности практически одинаковое число матерей (74,5 и 78,0%) из обеих групп, но в 2 раза чаще 57,0% болели женщины из семейных очагов с больными-бактериовыделителями ($p < 0,01$). Установлено, что заболеваемость женщин во время беременности достоверно влияет на инфицирование детей ($r > 0,9$). Одним из неблагоприятных осложнений для плода является угроза прерывания беременности. Так, 78,0% матерей основной группы и 52,0% – контрольной группы нуждались в госпитализации в связи с возникшими различными осложнениями беременности