

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

на разных сроках, причем у половины матерей (50,0%) в обеих группах диагностирована угроза прерывания беременности. В контрольной группе в связи с угрозой прерывания беременности на различных сроках не отказывались от госпитализации 52,0% матерей, в основной группе – 44,0% ($p < 0,01$). Исследования показали, что в тех случаях, когда у матерей из очагов туберкулеза с больным-бактериовыделителем отмечалась угроза прерывания беременности на разных сроках, то выявляется достоверное влияние на реализацию туберкулезной инфекции у ребенка ($r > 0,8$). Из интранатальных факторов гипоксия плода в родах практически одинаково диагностировалась у детей обеих групп – в 15,5 и 18,0% случаев. Выявлено достоверное влияние гипоксии на развитие туберкулезной инфекции у детей ($r > 0,7$), но данный фактор действует неравномерно при различных видах контакта, сильное влияние отмечено в семейных очагах с больным без установленного бактериовыделения и квартирных очагах с больными-бактериовыделителями. По нашим данным, около 83,5% детей из основной группы были приложены к груди матери уже в первые 12 ч после рождения. В контрольной группе таких детей меньше – 74,0%, достоверно значимых различий не обнаружено ($p > 0,05$). На третьи сутки и позднее к груди прикладывались достоверно (в 2 раза) больше детей – 8,0% основной группы и 4,0% детей контрольной ($p < 0,01$). Подавляю-

щее большинство детей в обеих группах родились доношенными – 95,0 и 98,0% в основной и в контрольной группах. Дети в обеих группах имели среднюю массу тела при рождении (2 501–3 799 г) в 80,0% случаев. Однако в 7,0 и 6,0% случаев родились дети с массой тела менее 2 500 г в основной и контрольной группах соответственно. Одинаковое число детей обеих групп выписано из родильного дома под наблюдение педиатра с диагнозом «здоров» (87,5 и 88,0% соответственно). Достоверно чаще дети в основной группе нуждались в наблюдении врачей специалистов детской поликлиники в сравнении с детьми из контрольной группы – 13,0 и 8,0% ($p < 0,01$).

Выводы. На инфицирование МБТ детей из очагов туберкулезной инфекции влияние оказывают материнские факторы: наличие хронической воспалительной патологии репродуктивной сферы у матери до рождения ребенка ($r > 0,9$) и длительность угрозы прерывания беременности ($r > 0,8$). Установлено, что гипоксия плода в родах оказывает большое влияние на инфицирование детей из очагов туберкулеза в последующем ($r > 0,7$). Выявление медицинских факторов, действующих в разные периоды развития ребенка и способствующих в будущем развитию инфицирования у детей, является важным направлением профилактической работы по предупреждению не только инфицирования, но и заболевания детей из очагов туберкулеза.

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ АНАЛИЗА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

А. М. МИХАЙЛОВСКИЙ, С. А. ЧУРКИН

Оренбургский областной клинический противотуберкулезный диспансер

Заболеемость детей и подростков туберкулезом считается важным эпидемиологическим показателем, отражающим общую эпидемическую ситуацию по туберкулезу в регионе. В Оренбургской области, несмотря на то что в последние годы происходит снижение регистрируемой заболеваемости и распространенности туберкулеза, эпидемическая обстановка остается напряженной, что свидетельствует о большом резервуаре инфекции для детей и подростков.

Цель исследования: оптимизировать оценку, анализ и контроль за эпидемической ситуацией по туберкулезу у детей и подростков в Оренбургской области и установить критерии, влияющие на ее динамику.

Материалы и методы. Проведен анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу за 10 лет на основе отчетных данных и непрерывного мониторинга распространения туберкулеза и проведения противотуберкулез-

ных мероприятий. Применяли методы эпидемиологического анализа и математические методы корреляционного анализа для определения парных обусловленностей и факторного анализа для выявления групповых обусловленностей эпидемиологических параметров по туберкулезу. Для определения обусловленностей параметров исследования были выбраны основные эпидемиологические показатели за 10 лет и построена матрица исследования: заболеваемость туберкулезом по 33-й форме, заболеваемость туберкулезом по 8-й форме, заболеваемость детей, заболеваемость подростков, распространенность туберкулеза, распространенность туберкулеза с бактериовыделением, распространенность фиброзно-кавернозного туберкулеза и смертность от туберкулеза; уровень лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Количественные парные обусловленности определяли с помощью корреляционного анализа, а каче-