

– социальные: низкий уровень материального положения семьи, неблагополучные жилищно-бытовые условия, неполная семья, многодетная семья, алкоголизм родителей. Исследование социального статуса семей проводилось с помощью анкетирования.

Результаты. Как показало исследование, 36 (76,5%) пациентов имели факторы риска. Из этого числа у 13 пациентов отмечался один фактор, у 21 – 2, у 2 – 3 фактора. На первом месте по частоте встречаемости были социальные факторы. Они были отмечены в 33 случаях, что составляло 91,6% от общего числа всех случаев. Социальный статус семей оценивали по совокупности данных о месте и условиях проживания, трудоустроенности родителей, уровне образования, уровне материального достатка, полноценности семьи, по наличию вредных привычек. Доля многодетных семей составила 29,7%, семей, нуждающихся в улучшении жилищных условий, – 31, в том числе проживали в общежитиях – 3, снимали жилье – 6. Родители чаще имели среднее специальное (70,2%) или среднее общее образование (14,8%). Доля родителей с высшим образованием составила 15%. Доля работающих родителей – 63,8%, неработающих – 36,1%, из них неработающих по инвалидности – 6,3%, находящихся на пенсии – 12,7%. Полных семей – 63,8%, неполных семей – 36,1%. Семей с высоким уровнем доходов – 9 (14,8%), со средним уровнем – 11 (23,4%), с низким уровнем – 24 (51,0%), очень низким – 3 (6,3%). Среди семей со средним доходом 6 относились к категории неполных семей и проживали в неблагополучных жилищных условиях. Таким образом, 33 семьи имели низкий уровень жизни. На втором месте среди категорий по частоте встречаемости были эпидемиологические факторы – 23 (63,9%). Следует отметить, что в 100% случаев дети с эпидемиологическим фактором имели также и социальный фактор риска. Тесный семейный контакт с родителями имели большинство пациентов – 14 (60,8%). С другими родственниками второй, третьей линии контактировали 8 (34,8%) пациентов, контакт с одноклас-

ником имелся в одном (4,4%) случае. Множественный семейный контакт отмечен в 6 (26,8%) случаях. Большинство родственников переносили осложненные и распространенные формы заболевания с бактериовыделением – 19 (82,6%), в том числе фиброзно-кавернозный туберкулез легких – 30,4%. Исследованы полнота и своевременность проводимой химиопрофилактики у детей из туберкулезных очагов. Так, установлено, что 6 (26,0%) детей получили своевременную и в полном объеме химиопрофилактику, у 3 (13,0%) детей химиопрофилактика проведена некачественно. Другие дети были выявлены при первичном обследовании и химиопрофилактику не получали. Последнее место среди анализируемых категорий по частоте встречаемости занимали медико-биологические факторы. В 12 случаях (33,3% от числа имеющихся факторов) выявлены заболевания, которые могли способствовать возникновению туберкулеза. Среди них в 4 случаях отмечены хронический тонзиллит, болезни крови и кроветворных органов – в 2 случаях, хронические неспецифические заболевания легких – в 5 случаях, в одном случае отмечен повышенный аллергический фон. Из 12 медико-биологических факторов 9 встречались в сочетании с другими факторами.

Выводы. Наибольшее число случаев заболевания туберкулезом органов дыхания зарегистрировано у подростков 15-17 лет, у детей раннего возраста до 3 лет, а также в препубертатном возрасте 12-14 лет. Возникновению заболевания туберкулезом органов дыхания у детей и подростков в г. Кызыле наиболее часто способствуют сочетание эпидемических и социальных факторов (63,9%). Социальные факторы риска в сочетании с другими факторами встречались в 27,7% наблюдений. Медико-биологические факторы без других факторов риска имели место только в 8,3% случаев.

Для снижения заболеваемости детей и подростков необходимо усилить комплекс противотуберкулезных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции, обратив особое внимание на социальные условия пребывания детей.

АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРОБЫ С ДИАСКИНТЕСТОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

*И. В. ТИТЛОВА, А. А. БАКИРОВ, А. В. ПЛЕШАКОВ, К. А. ГИЛЯЗИТДИНОВ, О. М. ШУКАЕВА,
Л. З. ГУБАЙДУЛЛИНА, Н. Н. МИНДАВЛЕТОВА, Н. П. ИЗМАЙЛОВА*

ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» Минздрава
Республики Башкортостан, г. Уфа

Цель исследования: провести сравнительный анализ чувствительности пробы с диаскинтестом (ДСТ) и пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л (ПМ) у детей и подростков, состоящих на учете в ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный

диспансер» Минздрава Республики Башкортостан в 2013 г.

Материалы и методы. Проведен анализ туберкулиновых проб из амбулаторных карт 6 436 детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет из указанного

контингента. Детей, наблюдаемых с активным туберкулезом в I группе учета диспансерного учета (I гр. ДУ) было 33 (0,5%); с риском рецидива туберкулеза (IIА и IIБ гр. ДУ) – 83 (1,3%); из очагов туберкулеза с бактериовыделением (IVА гр. ДУ) – 841 (13%); из очагов туберкулеза без бактериовыделения (IVБ гр. ДУ) – 822 (12,8%); с осложнениями после противотуберкулезных прививок (V гр. ДУ) – 10 (0,2%); с повышенным риском заболевания туберкулезом: VIА гр. ДУ – 2 462 (38,2%), VIБ гр. ДУ – 387 (6%), VIВ гр. ДУ – 430 (6,7%); детей, нуждающихся в уточнении характера туберкулиновой чувствительности (0-я гр. ДУ) – 1 368 (21,3%).

Результаты. Положительный результат ДСТ чаще всего наблюдался у детей, наблюдаемых в I гр. ДУ – 81,8% против 93,5% по ПМ. Отрицательный результат ДСТ наблюдался у 3 детей (9,1%) с активным туберкулезом, по ПМ у этой группы детей наблюдались только сомнительные и положительные реакции.

71,1% детей, наблюдаемых в II гр. ДУ, положительно реагировали на ДСТ, на ПМ – 95,1%. Отрицательных результатов ДСТ получено 15,7%, ПМ – ни одного.

У детей, наблюдаемых в IVА гр. ДУ, положительных реакций на ДСТ зарегистрировано 32,9% против 84,2% по ПМ, в IVБ гр. ДУ – 19,5 и 76,7% соответственно.

У всех детей с осложнениями после противотуберкулезных прививок получена отрицательная реакция на ДСТ, на ПМ отрицательно реагировал лишь один из 10 детей, у остальных была положительная реакция на ПМ.

У детей, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу различного характера инфицирования МБТ (VI гр. ДУ), положительные реакции на ДСТ чаще наблюдались у детей с гиперергической реакцией на туберкулин – 46,8% против 90,9% на ПМ. Дети, наблюдаемые по выражу ту-

беркулиновых проб, отрицательно реагировали на ДСТ в 78,1% случаев против 1,1% на ПМ, положительных реакций было 12,7 и 98,9% соответственно. У 30,5% детей с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью получен положительный результат на ДСТ, на ПМ – у 97,9% детей.

Самая низкая частота положительных реакций на ДСТ – у детей, состоящих в диагностической 0-й группе учета – 5,1% против 96,1% на ПМ.

Проведен анализ реакций на ДСТ в динамике: при взятии на учет в VIА, VIБ, VIВ группы учета и затем с интервалом 3-6 мес. Оказалось, что у 18,5% детей, взятых в VIА гр. ДУ и первоначально отрицательно реагирующих на ДСТ, через 3-6 мес. результат становился сомнительным или положительным. А у детей, взятых на учет в VIБ и VIВ группы, переход ДСТ из отрицательного в сомнительный или положительный регистрировался в 51,6 и 36% случаев соответственно.

Выводы. Положительный результат ДСТ чаще всего наблюдался и показал наибольшую чувствительность у детей с активным туберкулезом – 81,8%, неактивным туберкулезом – 71,1%, у детей, состоящих на учете по поводу гиперергических туберкулиновых реакций – 46,8%, у контактировавших с бактериовыделителями детей – 32,9%.

Вместе с тем отрицательно реагировали на пробу с ДСТ 78,1% детей с выражом туберкулиновых проб, 55,1% – с нарастанием чувствительности к туберкулину, что значительно сократило число лиц, подлежащих превентивному лечению.

Особую информативность ДСТ показал у детей, нуждающихся в уточнении характера туберкулиновой чувствительности (0-я гр. ДУ): положительных реакций всего 5,1%.

Вопрос о назначении превентивного лечения детям, взятым на учет в VI группу по положительной ПМ, но отрицательно реагирующим на ДСТ, необходимо решать после оценки результатов ДСТ в динамике.

ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ИНФИЦИРОВАННЫХ МИКОБАКТЕРИЯМИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Е. В. ТРУН, Т. В. МЯКИШЕВА

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Цель исследования: повышение эффективности диагностики различных форм туберкулеза и определение распространенности поражения у инфицированных детей и подростков с помощью спиральной компьютерной томографии.

Материалы и методы. Проанализировано 30 историй болезни детей и подростков, находившихся в детском стационаре противотуберкулезного диспансера, прошедших стандартное

общеклиническое обследование, а также дополнительное обследование, включающее пробу с препаратом диаскинтест (ДСТ) и спиральную компьютерную томографию (СКТ) органов грудной клетки. Возрастная структура: 0-3 года пациенты отсутствовали, 4-7 лет – 12 (40%) человек; 8-14 лет – 15 (50%); 15-17 лет (подростки) – 3 (10%). Мальчиков и девочек было поровну – по 15 (50%) человек.