

учете по контакту с больными ТБ: в IVA – 50 человек и IVB – 27 человек. 102 ребенка наблюдались с поствакцинальной аллергией. В VIA группе – 96; в VIB – 94 ребенка и подростка. Отдельную группу составили 147 детей и подростков, инфицированных с прошлых лет, не подлежащих наблюдению у фтизиатра.

Результаты. У всех детей и подростков (29 человек) с локальными формами ТБ реакция на ДСТ была положительной, что подтверждает высокую чувствительность препарата ДСТ.

Среди контактных, наблюдавшихся в IVA и IVB группах в 2010-2013 гг. (2 189 человек), проанализированы результаты ДСТ у 77 человек, среди них положительный результат на пробу с ДСТ отмечался у 36 (46,8%), в том числе в IVA группе – из 50 у 25 (50%), в IVB группе – из 27 у 11 (40,7%). В данных группах наблюдалась наиболее высокая заболеваемость ТБ. В 2010-2013 гг. среди контактных по ТБ заболело локальными формами ТБ 29 человек, что составило 1 324,8 на 100 тыс., из них из IVA группы с МБТ (+) – 26 человек, что составило 2 020,2 на 100 тыс. и превысило в 3 раза аналогичный показатель по РФ (по данным РФ в 2010 г. в IVA заболеваемость детей и подростков – 659,9 на 100 тыс.); в IVB заболело 3 человека (332,6 на 100 тыс.), что в 2 раза превысило аналогичный показатель по РФ (154,4 на 100 тыс.). Подавляющее большинство детей и подростков проживали в социально неблагополучных семьях, среди которых в абсолютном большинстве отмечался семейный туберкулезный контакт (в IVA группе – 76%; в IVB группе – 48,1%). В VIA группе из 96 детей положительная реакция на ДСТ отмечалась у 10 (10,4%) человек. Низкий процент положительных реакций в этой группе, возможно, связан с недостаточно качественным отбором детей и подростков на туберкулинодиагностику (на фоне катаральных явлений, аллергических проявлений и др.) В VIB группе из 94 детей положительная реакция на ДСТ была у 25 (26,6%). У этих детей результаты ДСТ подтверждали активную туберкулезную инфекцию, что являлось одним из показаний для назначения им превентивной химиотерапии. Из 147 детей и подростков, инфицированных с прошлых лет, в 98% случаев отмечалась отрица-

тельная реакция на ДСТ. У всех детей с установленной поствакцинальной аллергией на вакцину БЦЖ (102 ребенка) реакция на ДСТ была отрицательной, что указывает на высокую специфичность препарата ДСТ. Из всех обследованных с постановкой пробы ДСТ (545 детей и подростков), направленных к фтизиатру с положительными туберкулиновыми пробами, положительная реакция на ДСТ выявлена у 103 (18,9%) человек, т. е. в 5,3 раза реже, чем положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л.

Выводы. 1. Полученные результаты подтверждают высокую чувствительность (у всех больных с локальными формами ТБ результат пробы с ДСТ был положительным) и специфичность препарата ДСТ (у всех детей с поствакцинальной аллергией отмечалась отрицательная реакция на ДСТ), что позволяет его использовать для дифференциальной диагностики поствакцинальной и инфекционной аллергии.

2. Наиболее высокая частота положительных реакций на ДСТ из групп риска по ТБ наблюдалась в группе контактных (46,8%). Заболеваемость ТБ в этой группе на территории Карелии составила 1 324,8 на 100 тыс. (в IVA – 2 020,2 на 100 тыс.; в IVB – 332,6, на 100 тыс.), что диктует необходимость наиболее тщательного выявления контактов и их последующего обследования и наблюдения у фтизиатров.

3. Учитывая высокую заболеваемость детей из контактов по ТБ, проживающих, как правило, в социально неблагополучных семьях, на фоне широкого распространения ТБ с МЛУ возбудителя в Карелии необходимо расширение сети детских учреждений санаторного типа для разобщения и изоляции детей из очагов ТБ.

4. Использование препарата ДСТ в комплексном обследовании детей с вырадами (VIA группа) и гиперергической чувствительностью к туберкулину (VIB группа) позволяет выявить активную туберкулезную инфекцию и существенно сократить объем последующего углубленного рентгено-томографического обследования и сроки динамического наблюдения фтизиатром с неоправданным назначением профилактического лечения (с неактивной туберкулезной инфекцией).

РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Е. А. ХАТИПОВА¹, М. А. ПЛЕХАНОВА², С. В. АНДРЕЕВА¹, В. Е. ДМИТРИЕВА¹, Л. Р. ДРУЖИНИНА¹

¹БУЗ ОО «Детская городская поликлиника № 2 им. В. Е. Скворцова»

²ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России

Цель исследования: оценка уровня знаний о туберкулезе и его профилактике среди родителей.

Материалы и методы. Проведено анкетирование (социологический опрос родителей по теме

«Туберкулез») 183 человек, которые в зависимости от уровня образования были разделены на две группы: 1-ю группу составили 106 человек с высшим образованием, 2-ю – 77 человек со сред-

ним специальным образованием. Анкета включала 27 вопросов, позволяющих не только выявить информированность родителей по вопросам профилактики и раннего выявления туберкулезной инфекции у детей, но и получить дополнительную информацию о туберкулезе в современных условиях. Достоверность различий определяли по критерию χ^2 . Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$. Статистическая обработка результатов была проведена с помощью программ Biostat и Statistica 6.

Результаты. В сравниваемых группах родителей различий по полу не установили ($\chi^2 = 1,738$; $p = 0,187$), при этом среди родителей с высшим образованием чаще регистрировали лиц в возрасте старше 30 лет ($\chi^2 = 4,272$; $p = 0,039$). Уровень образования родителей не повлиял на число детей в семье, у большей части семей – один ребенок, в каждой третьей – 2 ребенка ($\chi^2 = 0,872$; $p = 0,647$), в основном были дети дошкольного возраста ($\chi^2 = 4,417$; $p = 0,294$).

Оценивая информированность родителей о туберкулезе выявили, что основная часть независимо от уровня образования имела знания о данной инфекции (табл.), ориентируясь в таких вопросах, как эпидемия туберкулеза в России [1-я группа – 69,8% (74) и 2-я группа – 80,5% (62) ($\chi^2 = 1,538$; $p = 0,464$)] и его профилактика [84,9% (90) и 80,5% (62) ($\chi^2 = 2,393$; $p = 0,302$)]. Установили высокий уровень осведомленности родителей о возможности развития заболевания при отсутствии вакцинации против туберкулеза ($\chi^2 = 0,065$; $p = 0,799$). О профилактической цели проведения пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л знали 96% родителей в обеих группах ($\chi^2 = 0,206$; $p = 0,65$). О том, что проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л безопасна и что при ее проведении туберкулезом заразиться невозможно была проинформирована большая часть родителей – 85,8% респондентов с высшим образованием и 74% – со средним специальным ($\chi^2 = 5,75$; $p = 0,05$). При этом во 2-й группе в каждом четвертом случае мнение родителей было противоположным, что и

Таблица

Сравнительная характеристика информированности родителей по вопросам туберкулеза

Вопросы	Ответы	Высшее образование (n = 106)		Среднее специальное образование (n = 77)		χ^2	p
		абс	%	абс	%		
Информированы ли вы об эпидемии туберкулеза в России?	Да	74	69,8	62	80,5	1,538	0,464
Информированы ли вы о профилактике туберкулеза?	Да	90	84,9	62	80,5	2,393	0,302
Знаете ли вы, что если ребенок не вакцинирован против туберкулеза, то он может заразиться и заболеть?	Да	91	85,8	64	83,1	0,065	0,799
Информированы ли вы, что проба Манту проводится с целью профилактики туберкулеза?	Да	102	96,2	74	96,1	0,206	0,65
Знаете ли вы, что проба Манту – это диагностический тест, а не вакцина?	Да	101	95,3	70	90,9	3,641	0,162
Знаете ли вы, что при проведении пробы Манту туберкулезом заразиться невозможно?	Да	91	85,8	57	74	5,75	0,05
Знаете ли вы, что при проведении пробы Манту можно узнать, есть ли микобактерия туберкулеза в организме ребенка?	Да	97	91,5	65	84,4	5,162	0,077
Информированы ли вы, что положительная реакция при постановке пробы Манту связана только с туберкулезной инфекцией?	Да	65	61,3	44	57,1	1,134	0,567
Знаете ли вы, что в группу риска по развитию туберкулеза входят часто болеющие дети?	Да	69	65	44	57,1	1,15	0,219
Считаете ли вы в возможным отказаться от проведения пробы Манту?	Да	25	23,6	14	18,1	1,022	0,6
Какие причины, по вашему мнению, могут привести к отказу от проведения пробы Манту? (ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции, АР – аллергические реакции)	ОРВИ	40	37,7	25	32,4	5,31	0,2
	АР	17	16	7	9		
	без причин	17	16	7	9		
	затрудняюсь	32	30,3	38	49,6		
Какие методы, по вашему мнению, позволяют своевременно выявить туберкулезную инфекцию у ребенка для предотвращения развития заболевания? (ПМ – проба Манту, Р-ОГК – рентгенография органов грудной клетки, ПО – профилактические осмотры)	ПМ	34	32	26	33,7	0,095	1,0
	Р-ОГК	11	10,4	9	11,6		
	ПО	15	14,1	11	14,2		
	затрудняюсь	46	43,5	31	40,5		
Вашему ребенку каждый год проводится проба Манту?	Да	96	90,5	74	96,1	1,283	0,527

влияло на возможный отказ от проведения туберкулинодиагностики у детей. Независимо от уровня образования только половина родителей считали, что положительная реакция при постановке пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л связана с туберкулезной инфекцией ($\chi^2 = 1,134; p = 0,567$). Каждый четвертый и каждый пятый из родителей в группах сравнения считали возможным отказаться от проведения пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л ($\chi^2 = 1,022; p = 0,6$), не оценивая риск пропуска туберкулеза. По причине заболеваний (ОРВИ) могли отказаться от проведения пробы детям более 30% родителей обеих групп, по причине возможных аллергических реакций – до 16% родителей ($\chi^2 = 5,31; p = 0,2$). О том, что в группу риска по развитию туберкулеза входят часто болеющие дети, осведомлены были только 65% родителей 1-й группы и 57,1% родителей 2-й ($\chi^2 = 1,15; p = 0,219$). Несмотря на возможность отказа от туберкулинодиагностики, к методам, позволяющим своевременно выявить туберкулезную инфекцию у ребенка для предотвращения развития заболевания, родители из обеих групп в первую очередь выделили пробу Манту с 2 ТЕ

ППД-Л, затем рентгенографию грудной клетки и профилактические осмотры. При этом затруднялись ответить на данный вопрос более 40% родителей обеих групп ($\chi^2 = 0,095; p = 1,0$). Тем не менее по результатам анкетирования практически все дети подлежали ежегодной туберкулинодиагностике, лишь незначительный процент родителей обеих групп не давали согласия на обследование своих детей ($\chi^2 = 1,283; p = 0,527$).

Заключение. Роль семьи в вопросах воспитания ребенка неоспорима, поэтому немаловажное значение имеет уровень образования родителей. Результаты анкетирования показали, что независимо от уровня образования большинство родителей были информированы по вопросам опасности туберкулезной инфекции, понимали важность вакцинации против туберкулеза, при этом недооценивали значимость туберкулинодиагностики. Отсутствие информации по данному вопросу формировало недостаточную настороженность по туберкулезу, что необходимо учесть при организации профилактики данного заболевания педиатром.

ВОЗРАСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Е. А. ЦЫГАНКОВА¹, А. В. МОРДЫК, А. А. ТУРИЦА²

¹Специализированная детская туберкулезная клиническая больница,

²Омская государственная медицинская академия, г. Омск

Цель исследования: выявление особенностей клинических форм туберкулеза у детей разных возрастных групп для улучшения ранней диагностики данной патологии.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование среди 1 907 детей, больных туберкулезом и проходивших стационарный курс лечения с 1987 по 2012 г. Выполнен сравнительный анализ особенностей туберкулеза у детей разных возрастных групп: раннего (от 0 до 3 лет, $n = 311$), дошкольного (от 4 до 6 лет, $n = 569$), младшего школьного (7–11 лет, $n = 633$) и среднего школьного или пубертатного (12–14 лет, $n = 394$) возраста.

Результаты исследования. У детей всех возрастных групп в клинической структуре преобладал туберкулез органов дыхания, на его долю приходилось от 80,2 до 93,0%. У детей дошкольного возраста туберкулезный процесс протекал наиболее благоприятно. В этой возрастной группе чаще, чем у остальных детей, наблюдался изолированный туберкулез органов дыхания (93,0 и 83,9%, $\chi^2 = 27,752, p = 0,000$), реже отмечались внелегочная локализация (4,0 и 10,4%, $\chi^2 = 19,877, p = 0,000$) и генерализованные формы туберкулеза (2,8 и 5,5%, $\chi^2 = 5,971, p = 0,015$). У детей первых трех лет жизни по сравнению с пациентами остальных возрастных групп в 2,5 раза чаще отмечалась ге-

нерализация туберкулезного процесса (9,3 и 3,8%, $\chi^2 = 16,324, p = 0,000$), достоверно реже регистрировались внелегочные формы туберкулеза (2,6 и 9,7%, $\chi^2 = 15,871, p = 0,000$). В группе детей пубертатного возраста достоверно реже, чем у остальных больных, наблюдался изолированный туберкулез органов дыхания (80,2 и 88,2%, $\chi^2 = 16,669, p = 0,000$), в 2 раза чаще встречались внелегочные формы туберкулеза (14,0 и 7,1%, $\chi^2 = 18,200, p = 0,000$). Также у детей этой возрастной группы по сравнению с пациентами дошкольного и младшего школьного возраста достоверно чаще отмечалась генерализация специфического процесса (5,8 и 3,2%, $\chi^2 = 5,076, p = 0,024$). Осложненное течение туберкулеза органов дыхания наблюдалось в разные возрастные периоды с частотой от 2,7 до 14,3%. У детей раннего и пубертатного возраста осложнения туберкулеза органов дыхания развивались в 3 раза чаще, чем у пациентов дошкольного и младшего школьного возраста (11,7 и 3,9%, $\chi^2 = 36,330, p = 0,000$). Среди больных туберкулезом органов дыхания доля бактериовыделителей в разных возрастных группах составляла от 1,5 до 9,2%. У детей пубертатного возраста бактериовыделение отмечалось достоверно чаще, чем у пациентов остальных групп сравнения (9,2 и 2,1%, $\chi^2 = 36,329, p = 0,000$). Распад легочной ткани зафиксирован в 2 группах