

детей школьного возраста, чаще он наблюдался у пациентов среднего школьного возраста, чем у больных младшего школьного возраста (7,3 и 1,1%, $\chi^2 = 20,937$, $p = 0,000$).

В структуре туберкулеза органов дыхания во всех группах сравнения преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, его доля составляла от 43,0 до 89,4%. У детей пубертатного возраста вышеуказанная форма туберкулеза диагностировалась в 2 раза реже, чем у остальных пациентов (43,0 и 84,0%, $\chi^2 = 233,372$, $p = 0,000$). Первичный туберкулезный комплекс встречался в разных возрастных группах с частотой от 9,8 до 27,8%, у больных среднего школьного возраста он регистрировался достоверно чаще, чем у остальных пациентов (27,8 и 14,5%, $\chi^2 = 31,502$, $p = 0,000$). Очаговый и инфильтративный туберкулез легких диагностировали только в группах пациентов в возрасте от 7 до 11 и от 12 до 14 лет. У детей пубертатного возраста по сравнению с пациентами младшего школьного возраста в 6 раз чаще регистрировали очаговый (8,2 и 1,3%, $\chi^2 = 23,572$, $p = 0,000$) и в 20 раз чаще инфильтративный туберкулез (15,8 и 0,8%, $\chi^2 = 73,160$, $p = 0,000$). Туберкулезный плеврит у детей среднего школьного возраста развивался достоверно чаще, чем у больных от 4 до 6 лет (3,5 и 0,2%, $\chi^2 = 13,053$, $p = 0,000$) и пациентов от 7 до 11 лет (3,5 и 1,1%, $\chi^2 = 4,472$, $p = 0,034$).

В структуре внелегочного туберкулеза на долю туберкулеза мочевой системы приходилось от 25,0 до 71,0%, эта локализация чаще наблюдалась в группах детей от 7 до 11 и от 12 до 14 лет (71,0 и 38,7%, $\chi^2 = 10,084$, $p = 0,001$). Туберкулез периферических лимфатических узлов в разные возрастные периоды встречался с частотой от 15,8 до 25,0%, различий между группами не выявлено ($\chi^2 = 1,084$, $p = 1,000$). Доля больных с поражением костей и суставов составляла от 3,6 до 37,5%. У детей первых трех лет жизни туберкулез костей и суставов регистрировали в 6 раз чаще, чем у пациентов младшего и среднего школьного возраста (37,5 и 6,1%, $\chi^2 = 6,343$, $p = 0,012$). Абдоминальный туберкулез был установлен у пациентов в 3 группах сравнения, значимых различий между группами не выяв-

лено ($\chi^2 = 5,428$, $p = 0,066$). В единичных случаях у детей раннего и дошкольного возраста установлено специфическое поражение кожи и подкожной клетчатки (12,5 и 4,4%, $\chi^2 = 0,001$, $p = 0,979$).

Среди генерализованных форм туберкулеза в изучаемых группах преобладало сочетание туберкулеза органов дыхания и внеторакальных локализаций, на его долю приходилось от 58,6 до 100%. Одновременное специфическое поражение двух органов достоверно чаще встречалось у больных от 7 до 11 лет, чем у пациентов раннего (100 и 58,6%, $\chi^2 = 9,716$, $p = 0,002$) и пубертатного (100 и 69,6%, $\chi^2 = 4,602$, $p = 0,032$) возраста, в этой группе детей не регистрировали такие формы туберкулеза, как менингит и диссеминированный туберкулез легких. У больных раннего возраста туберкулезный менингит развивался в 4,5 раза чаще, чем у дошкольников (27,6 и 6,2%, $\chi^2 = 1,752$, $p = 0,186$) и в 2 раза чаще, чем у пациентов в возрасте от 12 до 14 лет (27,6 и 13,0%, $\chi^2 = 0,871$, $p = 0,351$). Диссеминированный туберкулез легких отмечался в группе детей первых трех лет жизни и у пациентов пубертатного возраста (10,3 и 17,4%, $\chi^2 = 0,109$, $p = 0,741$).

Заключение. Туберкулезный процесс наиболее неблагоприятно протекает у детей раннего и пубертатного возраста. Так, у детей первых трех лет жизни по сравнению с пациентами остальных возрастных групп туберкулез органов дыхания в 3 раза чаще имел осложненное течение, в 2,5 раза чаще отмечалась его генерализация. Среди генерализованных форм туберкулеза у детей раннего возраста туберкулезный менингит развивался в 4,5 раза чаще, чем у дошкольников, и в 2 раза чаще, чем у пациентов в возрасте от 12 до 14 лет. У детей пубертатного возраста по сравнению с пациентами младшего школьного возраста в 6 раз чаще регистрировали очаговый туберкулез легких, в 20 раз чаще – инфильтративный туберкулез, в 7 раз чаще отмечался распад легочной ткани, в 4 раза чаще регистрировалось бактериовыделение, достоверно чаще развивались осложнения туберкулеза органов дыхания и отмечалась генерализация специфического процесса.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

О. Н. ЧАБАНОВА¹, Е. Н. СТРЕЛЬЦОВА², М. Х. САЙФУЛИН²

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия».

²ГБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Астрахань

Астраханская область всегда отличалась эпидемическим неблагополучием по туберкулезу. В Российской Федерации показатель заболеваемости в 2012 г. составлял 16,6, в 2011 г. – 16,2, в 2010 г. – 15,1 на 100 тыс. детского населения, в

Астраханской области 23,8; 34,7; 34,1 соответственно. Показатель заболеваемости туберкулезом среди детей области превышает таковой по России в 1,4 раза. В 2012 г. наметилась некоторая тенденция к снижению уровня заболеваемости. В 2013 г. по-

казатель заболеваемости туберкулезом детского населения Астраханской области снизился с 34,7 в 2011 г. до 28,3 на 100 тыс., т. е. в 1,2 раза.

Цель исследования: изучить клиническую структуру заболеваемости туберкулезом среди детского населения Астраханской области.

Материалы и методы. Изучена медицинская документация 88 впервые выявленных больных туберкулезом детей в возрасте 0-14 лет, находившихся на лечении в «ГБУЗ ОКПТД филиал № 5» в 2012 г. Мальчиков было 54,3%, девочек – 45,7%. В возрасте до 1 года – 2 (2,3%), 1-3 года – 25 (29,7%), 4-7 лет – 37 (44,0%), 8-14 лет – 20 (23,0%). Из г. Астрахани – 44,3%, районов области – 55,7%, в том числе из детских домов и интернатов – 6,7%, из семей мигрантов – 5,4%. Контакт с больным туберкулезом имел место в 66,2% случаев, в том числе двойной семейный – 12,2%, из очага смерти – 6,1%. Чаще страдали туберкулезом родители: отец – 34,7%, мать – 26,5%, тетя, дядя – 18,3%, бабушка – 12,2%, соседи, знакомые – 8,1%. Первичные формы туберкулеза у детей чаще выявляли при проведении плановой туберкулинодиагностики – 53,8% случаев, при обследовании по контакту – 32,4%, при обращении – 13,8%. Следует отметить, что вторичные формы у детей до 14 лет в 100% случаев выявлены при обращении, у 3 (60%) детей в возрасте 12-14 лет в мокроте обнаружены микобактерии туберкулеза с помощью метода микроскопии.

При изучении структуры клинических форм туберкулеза преобладает поражение внутригрудных лимфатических узлов – 74 (84,1%), из них в фазе инфильтрации – 41 (55,4%), фазе обызвещ-

вления – 33 (44,6%); инфильтративный туберкулез в фазе распада – 5 (5,7%), экссудативный плеврит – 4 (4,5%), первичный туберкулезный комплекс – 2 (2,3%), осложненное течение БЦЖ (подмышечный лимфаденит) – 2 (2,3%), туберкулезный остит – 1 (1,1%). Осложненное течение туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у 5 (12,2%) детей, поражение двух и более групп узлов у 8 детей (19,1%), двухстороннее поражение – 2,4%. Некачественная вакцинация БЦЖ (отсутствие рубца) имела место у 14 (15,9%) детей, рубец малых размеров (1-3 мм) определялся у 11,3% (10 человек), один ребенок (1,1%) не вакцинирован. Средний размер папулы по результатам пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л – $13,9 \pm 1,3$ мм; гиперергическая реакция на туберкулин у 17 (40%) больных. Отрицательная реакция на диаскинтест (ДСТ) – у 1,1%, положительная – у 16,0%, гиперергическая – у 82,9%. Средний размер папулы на ДСТ – $15,2 \pm 1,4$ мм. У 13 (31,7%) детей отмечено совпадение гиперергической реакции на пробу Манту и пробу с ДСТ.

Заключение. Учитывая, что в структуре заболеваемости выявляются вторичные формы с распадом и бактериовыделением, а также осложненное течение первичного туберкулеза, необходимы концентрация внимания на детях из групп риска, активизация работы общей лечебной сети с целью ранней диагностики заболевания. Для этого, независимо от медицинской специальности врач должен иметь настороженность в отношении туберкулеза, знать клинические проявления, иметь представления о косвенных признаках туберкулеза у детей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Л. П. ШЕПЕЛЕВА, Е. Ф. ЛУГИНОВА

ГБУ Республика Саха (Якутия) «НПЦ «Фтизиатрия», г. Якутск

С внедрением новейших технологий и специальных компьютерных программ рентгенологические методы диагностирования играют все более значительную роль в выборе лечебных мероприятий. При этом, как и ранее, рентгенологическое исследование должно быть проведено, когда это необходимо, но при этом недопустимо его неоправданное применение.

Цель исследования: оптимизация использования методов рентгенологических исследований при обследовании детей и подростков на туберкулез с учетом их диагностической информативности и получаемой при этом лучевой нагрузки.

Материалы и методы. Для определения диагностической информативности традиционных

рентгенологических методов (рентгенографии и линейной томографии) и компьютерной томографии (КТ) использованы клиничко-рентгенологические данные 221 ребенка и подростка, все обследованы в диспансерном отделении Детского центра ГБУ РС (Я) «НПЦ «Фтизиатрия», и 374 детей Республиканского детского туберкулезного санатория им. Т. П. Дмитриевой. Для установления дозовых нагрузок при рентгенологических исследованиях проведен ретроспективный анализ данных 200 детей и подростков, разделенных по возрастам на 4 группы (0-3 лет, 3-7 лет, 7-14 лет и 14-17 лет), по 50 человек в каждой группе. Рентгенография и линейная томография проведены на рентгенодиагностическом аппарате «Multix-Protex» фирмы «Siemens», в котором для определения эффектив-