

оказалась вероятность выявления бактериовыделения (ОШ 2,81; 95%-ный ДИ 0,82-9,78; $\chi^2 = 2,51$; $p = 0,0781696$) и распада легочной ткани (ОШ 8,16; 95%-ный ДИ 0,83-196,71; $\chi^2 = 2,9$; $p = 0,0478916$) у заболевших туберкулезом детей из тубконтакта в 2008-2010 и 2011-2013 гг. Вероятность выявить у детей 0-14 лет туберкулез органов дыхания была ниже в 2008-2010 гг., чем в 2011-2013 гг. (ОШ 0,23; 95%-ный ДИ 0,14-0,36; $\chi^2 = 45,88$; $p < 0,001$), вероятность выявить внелегочные формы туберкулеза в 2011-2013 гг. была в 4,42 раза ниже, чем в 2008-2010 гг. (95%-ный ДИ 2,76-7,10; $\chi^2 = 45,88$; $p < 0,001$). Из клинических форм туберкулеза одинаковой в 2008-2010 и 2011-2013 гг. оказалась вероятность регистрации у детей 0-14 лет очагового туберкулеза легких (ОШ 1,42; 95%-ный ДИ 0,63-3,14; $\chi^2 = 0,53$; $p = 0,4647489$), первичного туберкулезного комплекса (ОШ 0,70; 95%-ный ДИ 0,46-1,05; $\chi^2 = 2,89$; $p = 0,0890561$), туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (ОШ 0,93; 95%-ный ДИ 0,66-1,32; $\chi^2 = 0,12$; $p = 0,7341396$) и туберкулезного плеврита (ОШ 1,03; 95%-ный ДИ 0,38-2,75; $\chi^2 = 0,03$; $p = 0,8681822$). Однако в 2011-2013 гг. в 2,34 раза уменьшилась вероятность регистрации инфильтративного туберкулеза легких у этих детей (95%-ный ДИ 1,20-4,59; $\chi^2 = 6,51$; $p = 0,0107956$). Вероятность выявить туберкулез у детей с ВИЧ-инфекцией в Свердловской области оказалась одинаковой как в 2008-2010, так и 2011-2013 гг. (ОШ 1,33; 95%-ный ДИ 0,65-2,69; $\chi^2 = 0,45$; $p = 0,5023148$), то же касалось мальчиков (ОШ 0,60; 95%-ный ДИ 0,13-2,69; $\chi^2 = 0,19$; $p = 0,6637535$), девочек (ОШ 0,15; 95%-ный ДИ 0,01-1,75; $\chi^2 = 1,75$; $p = 0,1842438$), не привитых БЦЖ (ОШ 0,80; 95%-ный ДИ 0,16-3,81; $\chi^2 = 0,00$; $p = 0,9854590$). Вероятность заболеть туберкулезом детей с ВИЧ-инфекцией в области сместилась в 2011-2013 гг. с возраста от 3 до 7 лет (ОШ 5,87; 95%-ный ДИ 1,18-31,81; $\chi^2 = 4,88$; $p = 0,0272120$) к возрасту от 0 до 3 лет (ОШ 0,06; 95%-ный ДИ 0,00-0,55;

$\chi^2 = 7,57$; $p = 0,0059224$). Вероятность заболеть туберкулезом детей с ВИЧ-инфекцией в возрасте от 7 до 14 лет осталась как в 2008-2010, так и 2011-2013 гг. одинаковой (ОШ 0,40; 95%-ный ДИ 0,07-2,26; $\chi^2 = 0,67$; $p = 0,2959639$). То же касалось регистрации у детей с ВИЧ-инфекцией в возрасте 0-14 лет генерализованного туберкулеза (ОШ 1,40; 95%-ный ДИ 0,00-56,66; $\chi^2 = 0,25$; $p = 1,0000000$), первичного туберкулезного комплекса (ОШ 0,33; 95%-ный ДИ 0,06-1,64; $\chi^2 = 1,49$; $p = 0,2222517$), туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (ОШ 2,92; 95%-ный ДИ 0,64-13,94; $\chi^2 = 1,60$; $p = 0,2061830$) и активного туберкулеза, выявленного у детей из тубконтакта (ОШ 0,29; 95%-ный ДИ 0,06-1,45; $\chi^2 = 1,97$; $p = 0,160$).

Выводы. До внедрения инновационных методов диагностики туберкулеза на территории Свердловской области заболеваемость туберкулезом детей в возрасте от 0 до 14 лет была в 1,8 раза ниже, чем после внедрения этих методов. Заболеваемость туберкулезом детей в 2011-2013 гг. сместилась в сторону возраста от 7 до 14 лет и, естественно, туберкулеза органов дыхания, бактериовыделение при этом стало регистрироваться реже. Также реже стали диагностировать у детей 0-14 лет распространенную форму – инфильтративный туберкулез легких. У детей с ВИЧ-инфекцией в 2011-2013 гг. заболеваемость туберкулезом из возраста от 3 до 7 лет сместилась в сторону возраста от 0 до 3 лет. Вероятно, не привитые в родильном доме дети с ВИЧ-инфекцией, попадая в тубконтакт, не успевали получить полноценный курс химиопрофилактики или превентивного лечения туберкулеза. В настоящее время в области необходимо увеличение числа детских реабилитационных коек для оздоровления детей из очагов туберкулеза, инфицированных туберкулезом детей, детей из медицинских и социальных групп риска. Необходима разработка нормативного документа по применению у детей компьютерной томографии при диагностике туберкулеза.

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ: СОСТОЯНИЕ И ЗАДАЧИ ПО ЕЕ ОПТИМИЗАЦИИ

К. М. ЯВОРСКИЙ¹, В. А. БОЛОТНИКОВА², П. Ф. БОЯН³, М. А. КАЗАНЕНКО⁴, Н. И. ИОНИЦА⁴

¹ОМСУ «Институт физиопульмонологии «Кирилл Драгапокс», г. Кишинев

²ПМСУ районная больница, г. Штефан-Вода

³ПМСУ районная больница, г. Оргеев

⁴ПМСУ районная больница, г. Ниспорень, Республика Молдова

Особенностью противотуберкулезной помощи детскому населению является ее профилактическая направленность – важнейшая составляющая в стратегии борьбы с туберкулезом (ТБ). Это обусловлено, с одной стороны, тем, что дети наиболее восприимчивы и уязвимы в отношении туберкулезной инфекции, с другой –

ситуация усугубляется сложной эпидемической и социально-экономической обстановкой в стране. Высокая заболеваемость и смертность от ТБ взрослого населения, увеличение показателя распространенности штаммов с множественной/широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, миграционные процессы, рост чис-

ла больных ВИЧ-инфекцией, создавая большой резервуар инфекции, вызывают серьезную озабоченность. Согласно оценке Всемирной организации здравоохранения, Республика Молдова входит в число 18 стран с высоким бременем ТБ в Европейском регионе. В этой связи вопросы профилактики ТБ у детей остаются весьма актуальными.

Цель: анализ состояния и результативности различных видов специфической и неспецифической профилактики ТБ у детей; выявление факторов, ассоциированных с трудностями и неудачами в ее проведении, и путей их преодоления.

Материалы и методы. Данные официальной статистики и медицинской документации детей с осложнениями на вакцинацию и ревакцинацию БЦЖ, а также на детей из групп повышенного риска по ТБ и, прежде всего, контактных. Изучены документы, регламентирующие проведение иммунопрофилактики, превентивной химиотерапии, санитарной и социальной профилактики.

Результаты и обсуждение. В результате анализа состояния вакцинопрофилактики установлено, что охват детей в возрасте до 1 года БЦЖ-прививками ежегодно составляет не менее 98-99%, детей в возрасте 6-7 лет (ревакцинация в 1-м классе) – 97%. Иммунизация против ТБ, предусмотренная национальным календарем профилактических прививок с учетом международных рекомендаций, проводится при информированном согласии родителей. К сожалению, приходится констатировать, что с увеличением иммунной прослойки среди детей возросло и число постпрививочных осложнений и необычных реакций. Так, по данным мониторинга вакцинации и ревакцинации БЦЖ, частота зарегистрированных осложнений в 2004 г. составила 81,4 на 100 тыс. привитых, в 2013 г. – 140,1. Преобладающее большинство (96,0%) составляли осложнения I категории по международной классификации. Поэтому вопросы, связанные с биологическими свойствами вакцины, с соблюдением противопоказаний и лечением осложнений БЦЖ, остаются актуальными и сегодня.

Не менее важным разделом профилактической работы является химио- и санитарная профилактика в очагах ТБ с бактериовыделением и в очагах смерти от ТБ. По нашим данным, заболеваемость детей из контакта с бактериовыделителем во много раз превышала показатели заболеваемости остального детского населения и составляла с 2008 по 2012 г. 12,5; 16,1; 10,0; 13,7; 12,4 на 1 тыс. контактных. Среди причин, мешающих проведению профилактических мероприятий, но которые могут быть устраненными и управляемыми, являются следующие:

- несвоевременность разобщения контакта с больным ТБ;
- непонимание родителями и детьми старшего возраста назначенного режима превентивной химиотерапии, обеспокоенность по поводу ее побочного эффекта;
- убеждение в том, что их ребенок не заболевает ТБ;
- нескорректированная по результатам тестов на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза превентивная химиотерапия;
- неконтролируемый прием противотуберкулезных препаратов.

Следует также отметить, что негативный вклад в проблему профилактики ТБ у детей вносят несоблюдение сроков профилактических обследований контингентов из групп повышенного риска, несвоевременное и позднее выявление взрослых больных ТБ, недостаточная преемственность и скоординированность в работе лечебно-профилактических медицинских учреждений и органов санэпиднадзора.

Заключение. Резюмируя вышеизложенное, необходимо подчеркнуть, что профилактика – это многогранный актуальный раздел борьбы с ТБ, ведущая роль которого заключается в упреждении и противодействии туберкулезной инфекции, а также в сдерживании ее распространения. В целях обеспечения высокого качества профилактики необходимы дифференцированные подходы к модификации медико-биологических, эпидемиологических и социальных факторов риска по развитию ТБ у детей.

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Ю. А. ЯРОВАЯ, О. И. КОРОЛЬ, Г. В. КОРФ, Е. Б. ВАСИЛЬЕВА

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

В настоящее время сохраняется неблагоприятная эпидемическая ситуация по туберкулезу, обусловленная нестабильной экономической ситуацией, миграцией населения, увеличением числа больных, выделяющих микобактерии туберкулеза (МБТ), в том числе лекарственно-устойчивые.

Цель исследования: анализ методов выявления детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции с учетом их эпидемической и социальной характеристики.

Материалы и методы. Обследованы 218 детей на базе туберкулезного отделения ДИБ № 3