

ческие методы, по сравнению с остальным контингентом отличаются более выраженной обособленностью, обидчивостью (фактор «общительность», $p < 0,05$), склонны к проявлению негативных чувств при малейшем стрессогенном воздействии (шкала «Раздражительность», $p < 0,01$). Особенностью стиля их межличностных отношений является критический настрой к другим мнениям, кроме собственного, неудовлетворенность своим положением в микрогруппе, опережающая враждебность в высказываниях и поведении (недоверчиво-скептический стиль взаимодействия, $p < 0,05$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о наличии связи между эмоционально-личностными характеристиками подростков с ТОД и рентгенологическими особенностями заболевания, необходимым является дальнейшее изучение достоверности выявленных различий и связей. Полученные результаты будут способствовать созданию системы психологического сопровождения профилактической и лечебной работы с детьми и подростками с ТОД, а также разработке дифференцированного, учитывающего психологические аспекты, подхода к терапии заболевания.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2000-2011 ГГ.

Е. Ю. ЗОРКАЛЬЦЕВА¹, И. Ю. ГОРШКОВА², С. В. ПУГАЧЕВА³

¹ГБОУ ДПО «Иркутская ГМАПО»,

²ОГООКУ для детей, нуждающихся в длительном лечении «Санаторная школа-интернат № 12 г. Иркутска»,

³ГБУЗ «Областная детская туберкулезная больница», г. Иркутск

Цель исследования: выявление взаимосвязи основных эпидемиологических показателей по туберкулезу среди взрослого и детского населения, а также характеристика эпидемической обстановки по туберкулезной инфекции среди детского населения Иркутской области.

Материалы и методы. Рассмотрены многолетние динамические ряды за 2000-2011 гг. по основным эпидемиологическим показателям на основании статистических отчетных документов противотуберкулезных учреждений Иркутской области. Характеристика эпидемической обстановки по туберкулезной инфекции среди детского населения области складывалась из оценки уровней инфицированности и виража, показателей обследования и профилактического лечения контактных детей.

Результаты. Средний показатель общей заболеваемости в Иркутской области с 2000 по 2011 г. составил 133,27 на 100 тыс. населения. Максимальная заболеваемость зарегистрирована в 2011 г. – 152,4 на 100 тыс. населения, минимальная в 2003 г. – 120,8 на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости туберкулезом в рассматриваемый период вырос в 1,16 раза, темп прироста составил 1,33%. За этот же временной отрезок средний показатель детской заболеваемости в Иркутской области составил 28,17 на 100 тыс. населения. Максимальная заболеваемость зарегистрирована в 2010 г. – 40,3 на 100 тыс. населения, минимальная в 2005 г. – 14,5 на 100 тыс. населения. В целом показатель детской заболеваемости туберкулезом вырос в 1,34 раза, темп прироста +2,72%, что выше прироста общей заболеваемости и косвенно свидетельствует о наличии скрытого ядра с бактериовыделением среди взрослого населения области.

Установлена положительная корреляционная связь ($r = 0,77$; $p < 0,01$) между показателями общей и детской заболеваемости в рассматриваемый период.

Отражением эпидемического неблагополучия по туберкулезной инфекции в Иркутской области служит показатель смертности, который в среднем за 2000-2011 гг. составил 34,58 на 100 тыс. населения. Показатель смертности от туберкулеза в регионе характеризуется значительным темпом прироста +4,23%.

Заболеваемость туберкулезом с бактериовыделением с 2000 по 2011 г. составила в среднем 49,18 на 100 тыс. населения, темп прироста +2,56%. Между показателем заболеваемости туберкулезом с бактериовыделением и заболеваемостью туберкулезом детского населения отмечена низкая корреляция ($r = 0,28$; $p > 0,05$), что косвенно свидетельствует о дефектах в работе бактериологической службы, а также недо выявления детей из контактов с бактериовыделением.

Темп прироста показателя распространенности туберкулеза за 2000-2011 гг. составил +0,71%. Максимальный уровень показателя зарегистрирован в 2002 г. – 446,3, минимальный – 354,7 на 100 тыс. в 2005 г. В эпидемическое неблагополучие территории вносит значительный вклад рост лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Лекарственная устойчивость среди контингентов составила 64,6-61,5%, что способствует заражению детей лекарственно-устойчивыми штаммами.

Инфицированность детского населения Иркутской области микобактериями туберкулеза с 2004 по 2011 г. колеблется в небольших пределах и составляет в среднем 20,0%. От размера ядра с бактериовыделением зависит и показатель пер-

вичного инфицирования детей, который является важной составляющей эпидемической картины в регионе. В среднем по Иркутской области за рассматриваемый период он составил 1,8%, что выше аналогичного показателя по РФ в 1,64 раза. Несмотря на высокий уровень показателя выража в области, его достоверность является сомнительной, так как отсутствует корреляция между показателем первичного инфицирования детей и распространенностью в регионе туберкулеза с бактериовыделением ($r = -0,01; p > 0,05$). Очевидно, это связано с не всегда правильной интерпретацией туберкулиновых проб, с одной стороны, и недостатками микробиологической диагностики, с другой.

По результатам туберкулинодиагностики с 2004 по 2011 г. ежегодно обследовалось в среднем 82,75% детей, направленных на консультацию к фтизиатру. Процент консультированных детей имеет тенденцию к постепенному увеличению и в 2011 г. составил 94%.

Наибольшую актуальность проведение туберкулиновых проб с целью раннего выявления заболевания приобретает у детей в очагах туберкулезной инфекции, количество которых в регионе неуклонно растет. Так, с 2000 по 2011 г. темп прироста числа очагов составил 0,79%, максимальный уровень зарегистрирован в 2009 г. (4 005 очагов), минимальный – в 2000 г. (3 484 очага). При этом увеличивается и число детей, находящихся в контакте с больными туберкулезом, с 3 536 человек в 2000 г. до 4 604 к 2011 г. (темпы прироста составил 2,43%). За рассматриваемый временной отрезок значительно увеличилось число детей, наблюдающихся по 4Б группе диспансерного учета (темпы прироста численности группы +5,77%). В то же время группа детей, находящихся в контакте с больными бактериовыделителями (4А группа), характеризовалась отрицательным темпом прироста (-0,13%) и составила на конец 2011 г. 48% от общего числа контактных (в 2000 г. группа детей из контакта с бактериовыделителями составляла 63,6%).

При анализе профилактических мероприятий среди детского населения в очагах туберкулезной

инфекции выяснено, что число детей, получивших превентивное лечение в 4А группе диспансерного учета с 2000 по 2011 г., характеризуется отрицательным темпом прироста (-5,2%). Данный факт связан со снижением внимания фтизиатров к профилактическим мероприятиям в очагах в последние три года.

Так, установлено, что в 2008 г., согласно плану превентивной терапии, подлежало лечению 90% больных 4А группы, в 2009 г. – 57%, в 2010 г. – 40% и в 2011 г. – 43%. Та же тенденция в последние годы прослеживается и в 4Б группе наблюдения. По-видимому, имеет место и неверное определение показаний к проведению химиопрофилактики.

Показатель заболеваемости туберкулезом детского населения из контакта находится на высоком уровне и в среднем за рассматриваемый период составляет 765,68 на 100 тыс. контактных. Показатель заболеваемости контактных имеет выраженные колебания, не всегда сопоставимые с колебаниями уровня детской заболеваемости ($r = 0,42; p > 0,05$), что свидетельствует о недостаточно эффективной работе фтизиатров в очагах по выявлению туберкулеза.

По данным отчетных форм не установлено взаимосвязи показателя заболеваемости туберкулезной инфекцией среди контактных детей и охватом данной группы химиопрофилактикой ($r = -0,28; p > 0,01$), что требует повышения внимания к контролю за приемом противотуберкулезных препаратов.

Заключение. Причиной неблагоприятной эпидемической ситуации по туберкулезу среди детского населения Иркутской области является высокий уровень общей заболеваемости, в том числе туберкулезом с бактериовыделением, высокий уровень лекарственной устойчивости возбудителя. Недовыявление бактериовыделения приводит к ошибочному определению группы наблюдения за контактными детьми, несоответствию определения потребности в профилактических мероприятиях в очагах, вносит значимый вклад в формирование показателя детской заболеваемости.

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ

С. С. ЗЮЗЬКО¹, М. А. ПЛЕХАНОВА², И. Н. МАСЛЕННИКОВА¹, Г. Н. ИВАНОВА¹, Т. В. КРУПИНА¹

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

²ТБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Омск

Цель исследования: оценка уровня информированности по вопросам здорового образа жизни и профилактики туберкулеза среди подростков.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 217 подростков (учащихся старших классов) в 2 этапа. На первом этапе опрос проведен в 2009 г., на втором этапе – после подготовительного

периода в 2014 г., анкета включала 33 вопроса. На первом этапе (1-я группа) опрошено 62 практически здоровых подростка и 39 подростков, больных туберкулезом легких, находившихся на стационарном лечении в КУЗ ОО «Специализированная детская туберкулезная клиническая больница», на втором этапе (2-я группа) в исследование вклю-