

са диагностических мероприятий: клинического, рентгенологического исследования, включая компьютерную томографию, бактериологического и иммунологического исследования диагностического материала. Также до проведения химиотерапии все пациенты были обследованы с помощью двух методик: *in vivo* проведена внутрикожная проба с рекомбинантным туберкулезным аллергеном ESAT-6 и CFP-10 – ДСТ в дозе 0,2 мкг в 0,1 мл и *in vitro* с использованием тест-системы «Тубинферон».

**Результаты.** Из обследованных 68 детей и подростков с первичными формами туберкулеза на пробу с ДСТ положительные реакции отмечены у 53 (78%), отрицательные – у 12 (17,6%), сомнительные – у 3 (4,4%) пациентов. Реакция на пробу с ДСТ была слабо выраженной до 5 мм – у 3 (5,7%) человек, умеренно выраженной (5-9 мм) – у 8 (15,1%), выраженной (10-14 мм) – у 17 (32,0%) и гиперергической – у 25 (47,2%). Средний размер папулы составил  $13,5 \pm 0,7$  мм. На тест-систему «Тубинферон» положительные реакции получены у 56 (82,4%), отрицательные – у 12 (17,6%) пациентов. Среднее значение уровня ИФН- $\gamma$  –  $745,4 \pm 123,7$  пг/мл. Результаты обоих тестов совпадали у 53 (81,5%) детей и подростков.

Из обследованных 33 детей и подростков с инфильтративным туберкулезом легких на пробу с ДСТ положительные реакции отмечены у 31 (93,9%) и отрицательные – у 2 (6,1%) пациентов.

Реакция на пробу с ДСТ была умеренно выраженной (5-9 мм) – у одного (3,2%), выраженной (10-14 мм) – у 6 (19,4%) и гиперергической – у 24 (77,4%). Средний размер папулы ДСТ составил  $16,6 \pm 0,8$  мм, что достоверно больше ( $p < 0,05$ ) в сравнении с результатами ДСТ у больных с первичными формами туберкулеза. Гиперергическая чувствительность к ДСТ наблюдалась в основном у детей и подростков с инфильтративным туберкулезом легких. На тест-систему «Тубинферон» положительные реакции получены у 17 (51,5%), отрицательные – у 16 (48,5%) пациентов. Установлено, что у пациентов с инфильтративным туберкулезом легких уровень индукции ИФН- $\gamma$  в присутствии ESAT-6 и CFP-10 был значительно ниже ( $p < 0,001$ ), составляя  $294,5 \pm 74,2$  пг/мл, чем при первичном туберкулезе. Результаты обоих тестов совпадали у 23 (69,7%) детей и подростков.

**Выводы.** Установлена высокая информативность использования тест-системы «Тубинферон» и ДСТ при первичных формах туберкулеза у детей и подростков. ДСТ показал более высокую диагностическую значимость при инфильтративном туберкулезе легких. Отрицательный результат на «Тубинферон» не исключает наличия туберкулеза – уровень индукции ИФН- $\gamma$  в образцах цельной крови больных инфильтративным туберкулезом в присутствии антигенов МБТ находится в обратной зависимости от распространенности и тяжести туберкулезного процесса.

## ФОРМИРОВАНИЕ ПОДХОДОВ К СОЗДАНИЮ ПРОГРАММ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

А. В. МОРДЫК, Т. Г. ПОДКОПАЕВА, П. Н. ГЕРАСИМОВ, Н. И. ПОРКУЛЕВИЧ

Омская государственная медицинская академия

**Цель исследования:** выявление психологических нарушений у детей, проживающих в очагах туберкулезной инфекции, для разработки в последующем программ психологической реабилитации при работе с такими детьми.

**Материалы и методы.** Проведено простое сравнительное исследование. Критерии включения в исследование: возраст ребенка от 12 до 17 лет, отсутствие у ребенка заболевания туберкулезом, отсутствие психической патологии, установленного диагноза алкоголизма, наркомании, токсикомании, наличие информированного согласия родителей или законных представителей ребенка на участие в исследовании. В исследование включены 200 детей, проживающих в 105 очагах туберкулезной инфекции, группы сравнения составили 178 детей из 105 семей, родители в которых были здоровы.

Семьи были разделены по социальному статусу. В исследование были включены 27 социально-со-

хранных очагов туберкулезной инфекции и 29 подобных здоровых семей ( $p < 0,05$ ), при этом в очагах проживало 42 ребенка, в здоровых семьях – 36 ( $p < 0,05$ ); 32 социально-дезадаптированных очага туберкулезной инфекции и 34 социально-дезаптированных здоровых семьи ( $p < 0,05$ ), в этих семьях проживало 48 и 46 детей ( $p < 0,05$ ); 46 социопатических очагов туберкулеза и 42 социопатических здоровых семьи ( $p < 0,05$ ), в них проживало 110 и 96 детей ( $p < 0,05$ ). Психологические нарушения у детей оценивали с использованием методики К. Хека и Х. Хесса, Холмса и Раге, теста К. Роджерса и Р. Даймонда, теста Шрайбера, теста «Детско-родительские отношения в подростковом возрасте». Данные обработаны с помощью программного средства Microsoft Excel. Расчеты произведены в программном средстве Statistica 6. Различия между группами считались достоверными при  $p > 0,05$ .

**Результаты исследования.** Наиболее высокая вероятность невроза выявлена у детей из социаль-

но-сохранных очагов туберкулезной инфекции, у детей из социально-дезадаптированных семей, она была чуть выше у детей из очагов, но различия с детьми из подобных семей были недостоверными. Стрессоустойчивость определяли по методике Холмса и Раге. Доктора Холмс и Раге (США) изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней) от различных стрессогенных жизненных событий. Они пришли к выводу, что болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека. На основании своего исследования они составили шкалу, в которой каждому важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности. У детей из социально-сохранных очагов туберкулезной инфекции степень сопротивляемости стрессу была достоверно хуже, чем у детей из соответствующей группы сравнения. У детей из социально-дезадаптированных и социопатических семей отмечена пороговая степень сопротивляемости стрессу, более подверженными развитию заболеваний оказались дети из очагов туберкулезной инфекции.

Диагностика социально-психологической адаптации детей и подростков, включенных в исследование, проведена по методике К. Роджерса и Р. Даймонда. Наиболее высокий уровень адаптивности показали дети из социально-сохранных семей, адаптивность детей из социально-сохранных очагов туберкулеза была достоверно ниже. Низкую адаптивность показали дети из социально-дезадаптированных и социопатических семей. Самый высокий уровень дезадаптивности отмечен у детей из социопатических очагов туберкулезной инфекции.

В последующем по результатам методики диагностики К. Роджерса и Р. Даймонда рассчитали интегральные показатели адаптации детей и подростков, включенных в исследование. Дети из социально-дезадаптированных и социопатических семей показали низкий уровень адаптации по сравнению с детьми из социально-сохранных семей. Достоверных различий по социально-дезадаптированным и социопатическим семьям в сравниваемых группах не получено. Туберкулез члена семьи не усугубляет и без того нарушенную адаптацию этих детей и подростков. У детей из социально-сохранных очагов туберкулезной инфекции уровень адаптации был достоверно ниже, чем у детей из группы сравнения.

Для выявления отношения юношей и девушек к жизни в своей семье проведен тест Шрайбера. При обработке теста рассчитывался коэффициент отношения к жизни в своей семье. Считается, что дети, у которых коэффициент ниже 40%, заслужи-

вают пристального педагогического внимания. При анализе полученных данных обращают на себя внимание низкие коэффициенты отношения к жизни в своей семье в группах детей из социопатических (29,7%) и социально-дезадаптированных семей (32,4%). У детей в социально-сохранных семьях, в которых отмечены случаи заболевания туберкулезом матери или отца, коэффициент отношения к жизни в семье достоверно ниже (41,5%), чем у детей из аналогичной группы сравнения (48,7%).

Оценивали отношения детей и подростков, включенных в исследование, к своим родителям с использованием теста «Детско-родительские отношения в подростковом возрасте». Принятие родителями своих детей, демонстрацию любви и заботы отметили дети из социально-сохранных семей обеих сравниваемых групп, при этом матери в этих семьях в большей степени выражали свои чувства к ребенку. Детям из социопатических семей родители демонстрировали в 3,1 раза меньше любви, а в социально-дезадаптированных семьях в 2,1 раза меньше любви и внимания, чем в обычных, нормальных семьях. Уровень конфликтности был ниже в социально-сохранных семьях, при появлении в такой семье заболевшего туберкулезом родителя он достоверно повышался. В социально-дезадаптированных и социопатических семьях дети одинаково часто конфликтовали и с матерью, и с отцом.

**Заключение.** В социально благополучных семьях, не столкнувшихся с проблемой туберкулеза, у детей нет серьезных психологических проблем. При заболевании туберкулезом матери или отца в благополучной в социальном отношении семье у ребенка повышается вероятность невроза, снижается уровень стрессоустойчивости, появляются конфликты с родителями и иные психологически напряженные ситуации. Психологическое напряжение ребенка может способствовать развитию у него заболевания туберкулезом. У детей в неблагополучных в социальном отношении семьях выявляются серьезные психологические проблемы, которые настолько велики, что на них не отражается заболевание туберкулезом одного из родителей. У детей из социально-дезадаптированных семей высок уровень невроза и низка степень сопротивляемости стрессу, что может способствовать развитию у них любых соматических и инфекционных заболеваний. Результаты данного исследования могут послужить основой для создания дифференцированного подхода к проведению реабилитационных мероприятий у детей из очагов туберкулеза в зависимости от социального статуса их семей.