

пневмонией). Среди других причин смерти пациентов группы 50 лет и старше: сосудистые катастрофы (ИБС, ОНМК, ОССН, ХСН) – 18, травмы – 3, цирроз печени – 2 (причина цирроза – алкоголь либо длительное применение противотуберкулезных препаратов), хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) – 5.

Результаты. Основными формами туберкулеза, явившимися причиной смерти пожилых пациентов, были казеозная пневмония и фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ). При постановке на учет 3 пациента имели фиброзно-кавернозные изменения в легких, 8 пациентов были с казеозной пневмонией. За период времени до летального исхода число больных ФКТ увеличилось в 2 раза, составив 37,5% от всех умерших от туберкулеза пожилых пациентов. Средняя продолжительность жизни пациентов данной группы составила с момента постановки на диспансерный учет 1,8 года. Что касается больных казеозной пневмонией, то все они погибли в течение года с момента выявления и начала лечения. Больные инфильтративным туберкулезом легких при выявлении составляли 18 человек. У 6 из них за указанный промежуток времени процесс трансформировался в ФКТ и послужил непосредственной причиной смерти. Смерть от инфильтративного туберкулеза зарегистрирована лишь в одном случае, у 6 оставшихся пациентов причиной смерти послужил не туберкулез.

Из 19 бактериовыделителей в течение последних месяцев жизни лекарственная чувствительность была определена у 15 пациентов. При этом устойчивость к 4 из 5 противотуберкулезных препаратов основного ряда определили у 10 больных, к 3 – у 3 пациентов, у 1 – к 2 препаратам. Чувствительность не определена у 4 больных. От других причин умерло 24 пожилых пациента. Причем, анализируя частоту смерти больных 50 лет и старше, умерших

от других причин, выявлено, что она никак не зависела от исходной формы туберкулеза. Чаще всего – 55,1% (15 человек) – причиной смерти была сосудистая патология (ИБС, ОНМК, ОССН, ХСН) либо ее осложнения; 9,1% (5 человек) – цирроз печени, 12,5% (3 человека) – травмы, ХНЗЛ – 3, В-20 – 1.

За 6 лет из 331 пациента контрольной группы умерли от туберкулеза 44. Непосредственной причиной смерти, как и у основной группы, послужило агрессивное прогрессирующее течение заболевания – 50,0% (22 человека) либо декомпенсированное легочное сердце, сформировавшееся в результате хронически текущего туберкулеза – 47,7% (21 человек).

От такого грозного осложнения легочного туберкулеза, как легочное кровотечение, один случай смерти был зафиксирован в контрольной группе. От других причин в группе 0-49 лет умерло 29 человек. Причиной смерти в основном были ХНЗЛ, ИБС, В-20, травмы, суицид.

Заключение. Напряженность эпидемической ситуации по туберкулезу среди лиц старшего возраста подтверждается показателями смертности от туберкулеза, числом умерших, клинической структурой, ростом лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, высокой долей сопутствующей патологии. Как видно из приведенных данных, пожилые больные туберкулезом легких умирают от туберкулеза и его осложнений так же часто, как и от других заболеваний, этиологически с ним не связанных. При этом характерно, что среди последних чаще встречается сосудистая патология (ИБС, ОНМК), т. е. те же заболевания, от которых чаще всего умирают пожилые люди. Видимо, это связано с эффективностью противотуберкулезной терапии, способствующей удлинению продолжительности жизни больных туберкулезом и повышению вероятности заболевания другими заболеваниями.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ИНФИЦИРОВАНИЕ МБТ У ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙНЫХ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА

МИХАЙЛОВА С. В.¹, КРИВОХИЖ В. Н.²

IMPACT OF SOCIAL RISK FACTORS ON CHILDREN EXPOSED TO TUBERCULOSIS IN THEIR FAMILIES

MIKHAYLOVA S. V.¹, KRIVOKHIZH V. N.²

¹Противотуберкулезный диспансер № 12 Адмиралтейского района, г. Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

¹TB Dispensary no. 12 of Admiralty District, St. Petersburg, RF

²St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, RF

Цель: изучить социальные факторы риска и их влияние на развитие туберкулезной инфекции у детей из семейных очагов туберкулеза.

Материалы и методы. Обследовано 280 детей из семейных очагов туберкулеза (основная группа) и 200 детей из здорового окружения, состоя-

щих на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере по VI группам учета (контрольная группа), проживающих в Адмиралтейском районе г. Санкт-Петербурга. Дети были в возрасте от 0 до 14 лет включительно. Изучение социальных факторов риска развития туберкулезной инфекции у детей основной и контрольной групп проводили на основе ответов одного из родителей на вопросы, включенные в специально разработанную формализованную медико-статистическую карту. Всего проанализировано 480 карт, что позволило установить основные социальные факторы риска, способствующие впоследствии развитию туберкулезной инфекции у детей. Применены эпидемиологический, клинический, статистический методы исследования.

Результаты. Процентное распределение наблюдений в зависимости от возраста матери на момент рождения ребенка в основной группе было следующее: на возраст от 19 до 30 лет пришлось 76,5% женщин. Каждый 7-8-й ребенок (13,5%) родился у матери в возрасте старше 31 года, а каждый 10-й ребенок – от юных матерей в возрасте до 18 лет (10,0%) от числа всех наблюдений. В контрольной группе в возрасте от 19 до 30 лет было 70,0% женщин. Отмечалось в 2 раза большее число матерей в возрасте 31 года и старше (26,0%) и в 2 раза меньше в возрасте до 18 лет (4,0%) в контрольной группе в сравнении с основной группой ($p < 0,05$). Большинство детей основной и контрольной групп (75,5 и 72,0% соответственно) проживают в полных семьях, но практически каждый 5-й ребенок (21,5%) основной группы и 4-й ребенок (28,0%) контрольной группы воспитываются в неполной семье (только матерью без отца). В основной группе 3,0% детей проживают в семьях с отчимом. Установлено, что всего в коммунальных квартирах проживает 64,0% детей из семейных очагов ($r > 0,9$). Из них 73,0% приходится на детей, проживающих в семейных очагах с больным-бактериовыделителем, причем в 46,0% случаев дети проживают в стесненных бытовых условиях (менее 6 м² на человека) ($r > 0,9$). Имеют отдельную комнату всего 3,0% детей. В сравнении с детьми из контрольной группы только около половины детей (52,0%) проживает в коммунальных квартирах и каждый третий ребенок (34,0%) прожи-

вает в стесненных условиях ($p < 0,01$). При анализе влияния социальных факторов на инфицирование детей из основной группы были получены следующие данные: в 1,5 раза больше (90,0%) инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ) детей из семейного контакта проживают в коммунальных квартирах в сравнении с не инфицированными МБТ детьми (63,0%). Жилую площадь менее 6 м² на 1 человека занимает в 2,8 раза больше детей, инфицированных МБТ, из семейного контакта в сравнении с не инфицированными МБТ детьми (40,0 и 15,5%). В плохих бытовых условиях проживает 46,6% инфицированных МБТ детей (в 3 раза больше) и 15,7% неинфицированных детей ($r > 0,9$). Не инфицированные МБТ дети из семейных очагов в 3,5 раза чаще проживают в отдельных квартирах и в 3 раза реже в плохих бытовых условиях. Доход на одного члена семьи относительно прожиточного минимума в 2,5 раза ниже в семейных очагах туберкулеза с проживающими в них инфицированными детьми в сравнении с аналогичными очагами, где дети не инфицированы МБТ (40,0 и 15,5%) ($r > 0,85$). Исследование по изучению влияния табакокурения на здоровье детей показало, что в большей части наблюдений (71,9%) дети проживали в семьях, где кто-либо из членов семьи курит. В семейных контактах с больным туберкулезом дети проживали в 91,5% случаев с курящим отцом и в 52,0% случаев – с курящей матерью, т. е. каждый 2-й ребенок из семейного контакта проживал в семье, где курят оба родителя. Каждый 5-й ребенок (22,0%) находился в прокуренных помещениях от 3 до 8 ч в сутки.

Заключение. Установлена сильная прямая корреляционная связь влияния на развитие инфицирования у ребенка в семейных очагах таких социальных факторов, как стесненные условия проживания (жилая площадь менее 6 м² на 1 человека) ($r > 0,9$), низкий доход в семье ($r > 0,85$), проживание в коммунальных квартирах ($r > 0,9$), влияние табакокурения ($r > 0,9$). Выявление основных социальных факторов, способствующих в будущем развитию инфицирования у детей из семейных очагов, является важным направлением профилактической работы по предупреждению не только инфицирования, но и заболевания у детей из очагов туберкулеза.