

УДК 616-002.5-053.4-036.15

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

С.М. Кушнир, А.А. Бекетова, Л.К. Антонова

Тверская государственная медицинская академия (170100 г. Тверь, ул. Советская, 4)

Ключевые слова: латентная туберкулезная инфекция, факторы риска, туберкулез, профилактика.

Обследованы 38 детей, инфицированных микобактериями туберкулеза с латентной туберкулезной инфекцией, 26 детей, больных туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, и 32 здоровых ребенка (контроль) в возрасте 4–7 лет. Методами анкетирования и выкопировки данных из медицинской документации были выявлены достоверно значимые эпидемиологические и социально-средовые факторы риска заболевания туберкулезом. Обоснована необходимость наблюдения за детьми с латентной туберкулезной инфекцией на базе отделения медико-социальной помощи детской поликлиники.

В сложившихся неблагоприятных эпидемиологических условиях в Российской Федерации в последние годы неуклонно растет число впервые инфицированных микобактериями туберкулеза детей. Пик первичного инфицирования здесь приходится на возраст от 3 до 6 лет и совпадает с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом в данной возрастной группе, превышающим общий показатель по стране [1]. Также известно, что туберкулезная инфекция при первичном инфицировании у большинства детей протекает скрытно, в виде «латентного микробизма» [5, 6]. Под латентной туберкулезной инфекцией в настоящее время понимают состояние, характеризующееся наличием положительных кожных реакций на туберкулин при отсутствии клинических и рентгенологических признаков активного туберкулезного процесса [1]. В то же время угроза развития заболевания у ребенка с латентной туберкулезной инфекцией становится реальной при наличии факторов риска, в частности, эпидемиологических и социально-средовых [2, 3, 4].

Цель работы – выявить особенности эпидемиологического и социально-средового анамнеза у детей дошкольного возраста с латентной туберкулезной инфекцией и на их основе определить подходы к оптимизации профилактики туберкулеза.

Материал и методы. Обследовано 96 детей 4–7 лет: 1-я группа (основная) – 38 детей с латентной туберкулезной инфекцией, проходивших курс химиопрофилактики (превентивной химиотерапии) в детском противотуберкулезном санатории;

2-я группа (сравнения) – 26 детей, больных туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, на этапе стационарного лечения;

3-я группа (контрольная) – 32 здоровых ребенка с естественным течением поствакцинального процесса.

Кушнир Семен Михайлович – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой педиатрии факультета последипломного образования, повышения квалификации и переподготовки специалистов ТГМА; e-mail: s_kushnir@mail.ru

По возрастному-половому составу группы не имели статистически значимых различий. Все дети были привиты вакциной БЦЖ в роддоме и посещали организованные коллективы. В работе использовались анкетирование детей и родителей, а также выкопировка из историй развития ребенка (форма 112/у), историй болезни детского противотуберкулезного санатория (форма № 90, курортная), историй болезни стационарного больного (форма Ф-003).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с применением параметрического (t-критерий Стьюдента) и непараметрических (критерий χ^2 и точный критерий Фишера) методов.

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. В 1-й и 2-й группах детей эпидемиологически значимым оказался контакт с больным туберкулезом, который был зарегистрирован в 36,8 и 46,2 % случаев соответственно. В большинстве наблюдений – у 92,8 % контактировавших с больным туберкулезом детей в 1-й группе и у всех контактных детей во 2-й группе – выявлялась бациллярность очага. В основной группе в 2 раза чаще, чем в группе сравнения, регистрировались постоянные контакты с бактериовыделителем (71,4 и 33,3 % соответственно, $p < 0,05$). В то же время у детей с латентной туберкулезной инфекцией в 6 раз реже, чем во 2-й группе, выявлялись очаги с наибольшим риском заражения – очаги смерти (7,1 и 41,7 % соответственно, $p < 0,05$).

Было установлено, что у всех детей основной группы и у 75 % детей группы сравнения контакты с больным туберкулезом носили внутрисемейный характер. Как оказалось, в 1-й группе для 42,9 % детей источником инфекции была мать, для каждого 3-го ребенка (35,7 %) – отец, и для каждого 5-го (21,4 %) – пожилые родственники. В группе сравнения в 50 % случаев бактериовыделителем являлся отец, а в 25 % наблюдений – пожилые родственники. У 14,3 % детей основной группы и у 25 % детей группы сравнения в качестве источника инфекции выступали посторонние лица и некровные родственники. Следует отметить, что двойные контакты с больными туберкулезом были отмечены у каждого 5-го ребенка основной группы (21,4 %), тогда как у детей группы сравнения они не регистрировались.

У детей 1-й группы длительность контакта с источником инфекции свыше 1 года отмечалась в 14,3 %, а свыше 2 лет – в 21,4 % случаев. В то же время у 64,3 % детей с установленным контактом с больным туберкулезом в основной группе и во всех случаях в группе

Таблица

Социально-средовые факторы риска заболевания туберкулезом у детей

| Сведения по социально-средовому анамнезу | 1-я группа | | 2-я группа | | 3-я группа | |
|--|------------|---------------------|------------|-------------------|------------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Воспитывались в социальном учреждении | 17 | 44,7 ^{1,2} | 5 | 19,2 ¹ | 0 | 0 |
| Воспитывались в неполной семье | 9 | 23,7 | 5 | 19,2 | 3 | 9,4 |
| Из многодетной семьи | 7 | 18,4 ¹ | 5 | 19,2 ¹ | 0 | 0 |
| Из асоциальной семьи | 21 | 55,3 ^{1,2} | 5 | 19,2 ¹ | 0 | 0 |
| Родители лишены родительских прав | 11 | 28,9 ¹ | 7 | 26,9 ¹ | 0 | 0 |
| Родители не работали | 26 | 68,4 ¹ | 12 | 46,2 ¹ | 0 | 0 |
| Родители не работали и были источниками инфекции | 6 | 15,8 ¹ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Родители ранее отбывали наказание в ИТУ | 1 | 2,6 | 4 | 15,4 | 0 | 0 |
| Родители злоупотребляли алкоголем | 20 | 52,6 ¹ | 10 | 38,5 ¹ | 0 | 0 |
| Пассивное курение | 10 | 26,3 ² | 14 | 53,8 ¹ | 8 | 25,0 |
| Низкая материальная обеспеченность | 15 | 39,5 ¹ | 10 | 38,5 ¹ | 0 | 0 |
| Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия | 15 | 39,5 ¹ | 10 | 38,5 ¹ | 0 | 0 |

¹ Разница с 3-й группой (контроль) статистически значима.

² Разница со 2-й группой (сравнения) статистически значима

сравнения отсутствовали сведения о сроках выявления заболевания у взрослых, в связи с чем длительность контакта ребенка с потенциальным источником инфекции установить было невозможно. Также у каждого 5-го контактного ребенка основной группы на момент обследования родственники продолжали получать лечение по поводу туберкулеза (у 14,3% детей – лечились нерегулярно). Важно отметить, что у детей с латентной туберкулезной инфекцией случаев клинически излеченного туберкулеза легких у родственников не отмечалось, тогда как у каждого 3-го ребенка, больного туберкулезом внутригрудных лимфоузлов, в сопроводительных документах имелась информация о завершеном курсе терапии туберкулеза у взрослых.

Анализ социально-средового анамнеза показал, что в основной группе каждый 2-й ребенок воспитывался в социальном учреждении, у каждого 5-го семья была многодетной, более чем у половины детей – асоциальной, и у каждого 4-го ребенка родители были лишены родительских прав (табл.). У 68,4% детей 1-й группы родители не работали, а у 15,8% – неработающие взрослые являлись бактериовыделителями. Более чем у половины детей этой группы родители злоупотребляли алкоголем, а пассивное курение отмечалось в каждом 4-м случае. Таким образом, на каждого ребенка с латентной туберкулезной инфекцией приходилось 5,7 фактора риска развития туберкулеза.

Что касается группы сравнения, то здесь каждый 5-й ребенок был из неполной, многодетной или асоциальной семьи, или воспитывался в социальном учреждении, почти у каждого 4-го родители были лишены родительских прав, у каждого 2-го – не работали, у каждого 6-го – ранее отбывали наказание в исправительно-трудовых учреждениях, у каждого 3-го – злоупотребляли алкоголем и у каждого 2-го ребенка в семье отмечалось курение.

Такие факторы, как многодетная семья и лишение родительских прав, низкая трудовая занятость родителей и злоупотребление алкоголем, низкая материальная обеспеченность и неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, регистрировались с одинаковой частотой у представителей 1-й и 2-й групп.

Таким образом, у детей дошкольного возраста с латентной туберкулезной инфекцией в значительной степени был отягощен эпидемиологический и социально-средовой анамнез. В этой связи представляется немаловажной проблема информативности и полноты имеющихся анамнестических данных, собранных в лечебно-профилактическом учреждении. Как оказалось, сопроводительные документы не содержали полной информации, касающейся таких важных вопросов, как массивность бактериовыделения и лекарственная устойчивость микобактерий у взрослого – источника туберкулезной инфекции, часто отсутствовали данные о проведении специфической терапии и изоляции больного, а также о наличии рецидивов. Как правило, не оценивались эффективность курса лечения и длительность контакта ребенка с больным туберкулезом. Кроме того, нуждались в детализации такие вопросы, как производственная занятость родителей, наличие вредных привычек в семье, материальная обеспеченность, возможные неблагоприятные жизненные, в том числе жилищно-бытовые, условия, отношение в семье к ребенку, экологическая обстановка в районе проживания и др.

Подобная дефектура, с нашей точки зрения, не дает врачу достаточной информации о степени риска заболевания туберкулезом и лишает его возможности индивидуального подхода к ведению детей с латентной туберкулезной инфекцией. Отсутствие указанных сведений мешает определению объема,

длительности и места проведения превентивной химиотерапии, затрудняет прогноз здоровья и жизни ребенка, а также минимизирует объективное представление о нем.

Следует полагать, что при отсутствии специфической клиники у детей с латентной туберкулезной инфекцией, скрупулезно собранный анамнез, с учетом эпидемиологических и, в обязательном сочетании с ними, социальных факторов, мог бы, во-первых, способствовать своевременной диагностике первичного инфицирования, а во-вторых, сделать диспансерное наблюдение за такими детьми более полным и целенаправленным.

Выводы

1. Необходимо создание реестра детей с латентной туберкулезной инфекцией, основанного на информативных анамнестических данных и определении факторов риска заболевания туберкулезом.

2. На основании этого реестра следует провести территориальное картирование распространенности инфицирования микобактериями туберкулеза детского населения.

3. Основным центром наблюдения детей с латентной туберкулезной инфекцией целесообразно определить не противотуберкулезный диспансер, осуществляющий наблюдение и превентивное лечение, а отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, где имеется возможность принятия на межведомственном уровне организационно-методологических, оздоровительных и профилактических решений, касающихся охраны здоровья столь сложного контингента детей.

Литература

1. Аксенова В.А., Барышникова Л.А., Медведев С.Ю. и др. Лечение детей и подростков с латентной туберкулезной инфекцией // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2009. № 6. С. 54–62.
2. Амосова Е.А., Бородулина Е.А. Факторы риска инфицирования и заболевания туберкулезом детей в крупном промышленном городе // *Туберкулез в России. Год 2007: материалы VIII Российского съезда фтизиатров*. М.: Идея, 2007. С. 210–211.
3. Губкина М.Ф., Овсянкина Е.С. Основные факторы риска развития туберкулеза у детей и подростков // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2005. № 1. С. 10–13.
4. Касимцева О.В. Оценка эпидемической опасности очага туберкулезной инфекции, где проживают дети и подростки // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2008. № 10. С. 32–35.
5. Мейснер А.Ф., Овсянкина Е.С., Стахеева Л.Б. Туберкулинодиагностика у детей. Скрытая (латентная) туберкулезная инфекция? // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2008. № 6. С. 29–32.
6. *Туберкулез у детей и подростков / под ред. В.А. Аксеновой*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 272 с.

Поступила в редакцию 23.04.2010.

RISK FACTORS FOR TUBERCULOSIS IN PRE-SCHOOL-AGE CHILDREN WITH LATENT TUBERCULOSIS INFECTION

S.M. Kushnir, A.A. Beketova, L.K. Antonova

Tver State Medical Academy (4 Sovetskaya St. Tver 170100 Russia)

Summary – The authors have examined 38 children infected with Koch's bacillus (latent tuberculosis infection), 26 children suffering from the tuberculosis of intrathoracic lymph nodes and 32 healthy children (control group) aged 4 to 7 years. The questioning and printing-out of medical data allowed reliably identifying epidemiological and social risk factors for the tuberculosis and justifying a necessity to observe children with latent tuberculosis infection at the medical and social department of children's outpatient centres.

Key words: latent tuberculosis infection, risk factors, tuberculosis, prevention.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 1, p. 54–56.

УДК 616.723-002:612.017.1

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМИ УВЕИТАМИ

В.Я. Мельников¹, Г.Д. Жилкова¹, Е.А. Абдуллин²

¹ Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

² Приморская краевая клиническая больница № 2 (690000 г. Владивосток, ул. Русская, 55а)

Ключевые слова: увеит, внутриглазное воспаление, цитокины.

Изучена продукция про- и противовоспалительных цитокинов у 53 пациентов с впервые диагностированными увеитами. В сыворотке крови больных были повышены концентрация интерлейкинов 1α, 6, 10 и фактора некроза опухоли-α. Для острых увеитов с благоприятным исходом было характерно исходное повышение уровней интерлейкина-1α и фактора некроза опухоли-α (в 2,9 и 2,3 раза выше нормы). У больных с хронизацией процесса при первичном поступлении в стационар преобладали показатели интерлейкинов 6 и 10 (в 2,8 и 2,9 раза выше нормы, соответственно).

Воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза (увеиты) в последние годы привлекают все

Жилкова Галина Дмитриевна – аспирант кафедры офтальмологии с курсом детской офтальмологии ВГМУ; e-mail: gasyana@mail.ru

большее внимание в силу высокой распространенности и социальной значимости. Поражая преимущественно лиц трудоспособного возраста, они имеют тенденцию к хронизации, приводят к ранней инвалидизации, значительно снижают качество жизни [2, 5]. Отсутствие четких представлений о механизмах воспаления внутренних структур глаза и причинах хронизации патологического процесса препятствуют своевременной патогенетической терапии, позволяющей в ранние сроки прервать прогрессирование заболевания, а тем более – привести к регрессу патологических изменений.

В настоящее время в патогенезе внутриглазного воспаления большое значение придается нарушению