

обследования. Доступ населения к интернет-системе «Нейрофлюоро-Web» также повышает приверженность населения к проверочному флюорообследованию. Данная система может быть использована на интернет-сайтах учреждений здравоохранения и социального обслуживания населения, а также на сайтах органов исполнительной власти в данных сферах.

Таким образом, использование разработанных автоматизированных систем позволит повысить своевременность выявления туберкулеза легких путем проведения флюорообследования среди населения с учетом индивидуальных характеристик каждого человека и более частого обследования лиц, имеющих высокий риск развития данного заболевания.

Сопутствующая патология у больных туберкулезом детей

М.А. Романова

Омская государственная медицинская академия

Введение. Одним из факторов, влияющих на возникновение и исход туберкулеза, является сопутствующая патология (Козлова О.Ф., 2013, Панова О.В., 2011). По данным литературы, более чем в 14% случаев у инфицированных МБТ детей выявляют патологию мочевыделительной системы (Григорьева О.П., 2013). Вирусные гепатиты снижают эффективность противотуберкулезной терапии (Строганова Н.А., 2012), кишечные паразитозы ухудшают ее переносимость (Давис А.А., 2012). Таким образом, сопутствующая патология оказывает негативное влияние на течение и лечение туберкулеза.

Цель. Оценка сопутствующей патологии у больных туберкулезом детей в возрастном аспекте для совершенствования тактики ведения.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании участвовал 231 ребенок от 0 до 14 лет в период 2011–2013 годы. Дети разделены на 4 группы: 1-я группа — 55 детей от 0 до 3 лет (24% общей выборки); 2-я — 43 ребенка от 4 до 6 лет (19%); 3-я — 82 ребенка от 7 до 11 лет (35%); 4-я группа — 51 ребенок от 12 до 14 лет (22%). В группах наблюдалось гармоничное распределение по полу ($\chi^2=3,707$; $p=0,397$). Среди больных туберкулезом преобладали дети из социально дезадаптированных семей: в группе от 0–3 лет — 65,5%, 4–6 лет — 69,8%, 7–11 лет — 70,7%, 12–14 лет — 66,7% ($\chi^2=0,535$, $p=1,0$). Полученные данные обработаны с помощью программного средства Microsoft Excel (функция «Автофильтр») и программы Биостат.

Результаты. Туберкулез органов дыхания преобладал во всех группах: у детей от 0 до 3 лет — 96,4% случаев, у дошкольников — 95,4%, у детей начального школьного возраста — 89,0%, среднего школьного возраста — 92,2% случаев ($\chi^2=3,171$; $p=0,496$). Самой распространенной формой являлся туберкулез внутригрудных лимфоузлов, у детей 1-й группы он был в

80,0%, 2-й группы — в 88,4%, 3-й — в 76,8%, 4-й группы — в 37,3% случаев ($\chi^2=41,404$; $p=0,000$).

У 80,5% (186 детей) выявлена сопутствующая патология. У детей раннего возраста она диагностирована в 45 случаях (81,8%), дошкольного возраста — в 35 (81,4%), начального школьного возраста — в 63 (76,8%) и среднего школьного возраста — в 46 случаях (90,2%) ($\chi^2=3,783$; $p=0,385$). Среди детей 1-й группы ведущее место занимали заболевания нервно-психической сферы (НПС), они диагностированы в 38% случаев, затем следовали заболевания сердечно-сосудистой (ССС) (23,6%) и пищеварительной систем (ЖКТ) (23,6%), патология органов дыхания (14,5%), опорно-двигательной (12,7%), мочеполовой системы (10,9%), реже встречались заболевания кожи (9,1%), глаз (5,5%), эндокринной системы (3,6%). Во 2-й возрастной группе лидировала патология ЖКТ (27,9%), заболевания НПС оттеснены на вторую позицию (18,6%), третье место заняла патология ССС (16,3%), затем заболевания кожи (11,6%), мочеполовой (9,3%), опорно-двигательной (7%), эндокринной систем (4,6%), заболевания глаз (2,3%). Для 3-й возрастной группы, так же как и для 2-й, наиболее частыми являлись заболевания ЖКТ (30,5%), затем следовали заболевания глаз (19,5%), ССС (17%), далее мочеполовой системы (14,6%) и НПС (14,6%), опорно-двигательной (12,2%), дыхательной (9,8%), эндокринной систем (4,9%), патология кожи (3,7%). Сопутствующая патология у 4-й группы детей характеризовалась преобладанием заболеваний ССС (41,2%), за ними следовала патология пищеварительной (31,2%), опорно-двигательной систем (25,5%), заболевания глаз (19,6%), дыхательной системы (17,6%) и НПС (17,6%), мочеполовой (9,8%) и эндокринной систем (5,9%). Паразитозы (гельминтозы) составили основную часть патологии пищеварительной системы, в первых трех группах они встречались у 20, 20,9 и 30,5% детей соответствен-

но, их роль становится мене значимой в возрасте от 12 до 14 лет (9,8%) ($\chi^2=3,861$; $p=0,372$).

Обсуждения и выводы. Туберкулез органов дыхания наиболее распространен среди детей всех возрастных групп (от 0 до 14 лет), самой частой формой являлся туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, что подтверждается работами других исследователей (Довгалюк И.Ф., 2007, 2012). Для среднего школьного возраста характерен наиболее широкий спектр форм туберкулеза органов дыхания с появлением вторичных форм (Аксенова В.А., 2014). Особенностью первичного туберкулеза у подростков, по данным литературы, является склонность к прогрессированию и распаду с приобретением черт вторичного туберкулеза (Панова Л.П., 2013, 2014). Разночтения при диагнозе «переходной формы» (осложненный первичный туберкулез или вторичный) приводят к существенным колебаниям удельного веса первичных форм (Келасова Н.В., 2007). Фтизиопедиатрами отмечается тенденция к увеличению числа больных тубер-

кулезом детей с сопутствующими заболеваниями, при этом характерно взаимное утяжеление течения заболеваний (Кисилевич О.К., 2012).

Среди сопутствующей патологии у детей с туберкулезом лидируют заболевания ЖКТ, ССС и НПС, что может быть связано с социальной дезадаптацией их семей. Дети с туберкулезом являются группой риска по данной патологии и требуют обследования. Выявление данных вариантов патологии важно для правильного назначения химиотерапии, подбора терапии сопровождения. Возможно, правильным будет обращать внимание на детей из семей социального риска с патологией пищеварительной, сердечно-сосудистой систем и нервно-психической сферы. Особняком стоит группа детей подросткового возраста: как по формам туберкулеза, так и по распределению патологии — со снижением роли паразитозов, увеличением офтальмопатологии и нарушений осанки, что свидетельствует о необходимости разностороннего пристального внимания к ним.

Рецидивы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией

А.М. Сенин

ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер»

Введение. ВИЧ-инфекция способствует возникновению рецидива туберкулеза, причем регистрируются более распространенные формы туберкулезного процесса (Пантелеев А.М., 2012; Millet J.R., 2013).

Цель. Изучить причины и условия возникновения рецидивов.

Материалы и методы. Изучены социальные характеристики, исходы лечения первого эпизода туберкулеза, диспансерные мероприятия в отношении 43 больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с рецидивом туберкулеза, зарегистрированных в ГБУЗ СО «ПТД» в 2005–2012 годах. Контрольная группа состояла из 44 человек с рецидивом туберкулеза без ВИЧ-инфекции.

Результаты и обсуждение. Не найдено различий в социальном статусе обеих групп: мужчин — 86,1 и 65,9% (ОШ 0,31; 95% ДИ 0,09–1,01; $p=0,052$); работающих — 16,3 и 22,78% (ОШ 1,51; 95% ДИ 0,46–5,05; $p=0,626$) в основной и контрольной группах соответственно. Также не найдено разности и в клинических формах рецидива туберкулеза: очаговый процесс (ОШ 0,76; 95% ДИ 0,16–3,6; $p=0,739$); инфильтративный (ОШ 1,58; 95% ДИ 0,58–4,32; $p=0,446$); диссеминированный (ОШ 3,07; 95% ДИ 0,01–3,67; $p=0,616$); туберкулез внутригрудных лимфоузлов (ОШ 0,32; 95% ДИ 0,01–3,67; $p=0,616$). Однако генерализованный тубер-

кулез встретился только в основной группе (от 0,00; 95% ДИ 0,00–0,85; $p=0,012$). Достоверно чаще в группе больных ВИЧ-инфекцией в сравнении с контрольной встречался повторный контакт с больными активным туберкулезом в местах лишения свободы уже после перевода в группу клинического излечения туберкулеза или снятия с диспансерного учета по выздоровлению: 39,5 и 11,4% соответственно (ОШ 0,17; 95% ДИ 0,05–0,59; $p=0,003$).

В группе больных с ВИЧ-инфекцией рецидив туберкулеза развивался быстрее, чем в контрольной группе: через 3,0 и 8,7 года — у лиц с большими остаточными изменениями; через 4,0 и 8,5 года — с малыми остаточными изменениями и через 6,2 и 6,6 года — без остаточных изменений для основной и контрольной групп соответственно.

Среди работавших пациентов с ВИЧ-инфекцией рецидив туберкулеза развивался через 2,2 года, у лиц без ВИЧ-инфекции — через 8,6 года, в то время как среди неработающих разницы в сроках возникновения рецидива не было.

Выводы. Фтизиатрам для предотвращения рецидива туберкулеза следует больным с ВИЧ-инфекцией, работающим, с наличием посттуберкулезных изменений, имевшим контакт с больными активной формой