

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

туберкулеза, особенно в местах лишения свободы, уделять пристальное внимание и производить регу-

лярные диспансерные осмотры с назначением курсов противорецидивного лечения.

Анализ заболеваемости туберкулезом на территории Ставропольского края за период 1992–2013 гг.

Н.Н. Татаринцева, С.А. Акинина, Т.А. Задремайлова

Краевой клинический противотуберкулезный диспансер Ставропольского края

Введение. Туберкулез остается медико-социальной проблемой в связи с сохраняющейся напряженной эпидемиологической ситуацией по заболеваемости туберкулезом и высокой смертностью от него. Целью данного ретроспективного анализа является установление закономерностей развития эпидемического процесса заболеваемостью активным туберкулезом среди постоянного населения на территории Ставропольского края за 1992–2013 годы. Задачами данного анализа являются анализ многолетней и годовой динамики заболеваемости, а также анализ по факторам риска.

Материалы и методы. При обработке полученных данных был использован метод ретроспективного анализа инфекционной заболеваемости с расчетом интенсивных и экстенсивных показателей.

Результаты. При анализе многолетней динамики заболеваемости определен среднесуточный показатель заболеваемости — $50,1^{0/}_{0000}$ (минимальный показатель зарегистрирован в 1992 г. — $34,3^{0/}_{0000}$, максимальный показатель в 2000 г. — $61,2^{0/}_{0000}$). При сравнении показателей заболеваемости активным туберкулезом по Ставропольскому краю (далее СК) за 22-летний период с показателями заболеваемости за аналогичный период в Российской Федерации (далее РФ) выявлено, что показатель заболеваемости в СК на протяжении всего анализируемого периода ниже уровня заболеваемости РФ в среднем на 15%. Наблюдается умеренная тенденция к росту многолетней динамики заболеваемости активным туберкулезом в СК. Показатель заболеваемости туберкулезом органов дыхания за 22 года имеет также средневывраженную тенденцию к росту (в среднем показатель заболеваемости ТОД — $37,2^{0/}_{0000}$), в то время как показатель заболеваемости внелегочного туберкулеза остается на определенно стабильном уровне (среднесуточный показатель заболеваемости составляет $5,8^{0/}_{0000}$). Вклад туберкулеза органов дыхания в общую структуру среднесуточной заболеваемости активным туберкулезом составляет 90,9%, внелегочного туберкулеза — 9,1%. Относительно линии тенденции в

многолетней динамике заболеваемости туберкулезом в СК отмечают годы с низким (1992–1996 гг., 2010–2011 гг., 2013 г.) и высоким уровнем заболеваемости (1997–2009 гг., 2012 г.). Полученные данные позволяют анализировать цикличность. Очередной цикл эпидемического процесса при туберкулезе в СК начался с 1993 г. и закончился в 2011 г., предположительно с 2012 г. берет начало другой эпидемиологический цикл. Годовая динамика заболеваемости активным туберкулезом характеризуется невыраженной сезонностью. Как в годы эпидемического периода, так и в годы межэпидемического периода можно отметить незначительные подъемы и снижения годовой динамики заболеваемости, которые не обусловлены действием самого возбудителя или действием сезонных факторов. Данные колебания обусловлены спецификой диагностики туберкулеза. Отмечаемые подъемы заболеваемости в эпидемический период (1997–2009 гг., 2012 г.) начинаются с марта по июнь и с сентября по ноябрь с пиковыми показателями в мае и октябре. В межэпидемический период (1992–1996 гг., 2010–2011 гг., 2013 г.) подъем и снижение заболеваемости распределяются практически аналогично периоду эпидподъема. При анализе возрастных групп эпидпроцесс реализуется в основном среди подростков и лиц старше 18 лет. Во всех возрастных группах детей до 17 лет наблюдается тенденция к снижению заболеваемости активным туберкулезом, и на сегодняшний момент ситуация по заболеваемости активным туберкулезом среди детей относительно благополучная.

Выводы. За анализируемый период времени в Ставропольском крае наблюдается умеренная (средневывраженная) тенденция к росту многолетней динамики заболеваемости активным туберкулезом среди постоянного населения. С 2012 г. начинается очередной цикл эпидемического процесса при туберкулезе в СК. Годовая динамика заболеваемости активным туберкулезом характеризуется невыраженной сезонностью. Группами риска являются подростки и лица старше 18 лет.