

водили до лечения, через 1 и каждые 3 месяца. Оценку эффективности противовирусной терапии проводили, прежде всего, с учетом вирусного ответа.

При наличии ультразвуковых изменений структуры щитовидной железы, нарушении функционального состояния была проведена коррекция нарушений. Интерферонотерапию у таких пациентов проводили после достижения эутиреоза и исследования функции щитовидной железы каждые 3 месяца.

Результаты исследования обрабатывали по общепринятым алгоритмам с использованием групповых показателей критерия Стьюдента.

Полученные результаты. У больных, с хроническими вирусными гепатитами - аутоиммунный тиреоидит встречался у 62,1%, из них у 12,3 - легкий хаситоксикоз, скрытый гипотиреоз - 21,4%, эутиреоидное состояние у 27,5%. При нарушении функции щитовидной железы лечение интерфероном проводили после достижения концентрации тиреотропного гормона в пределах 0,3-4 мкМЕ/л путем соответствующей заместительной терапии (L-тироксин в дозе 25-75 мкг/сут при гипотиреозе). При тиреотоксикозе назначалась тиреостатическая терапия мерказолилом в дозе 20-60 мг/сут. В случае прогрессирования заболевания щитовидной железы лечение интерфероном прекращалось. После окончания курса интерферонотерапии вновь определяли тиреоидный статус (тиреотропный гормон, свободный тироксин, антитела к тиреоидной пероксидазе или тиреоглобулину, свободные Т3 и Т4, ультразвуковое исследование щитовидной железы).

Нами были выявлены побочные эффекты ИФН: усиление аутоиммунных реакций, нарушение функции щитовидной железы - в 2,5%-случаев развился тиреотоксикоз и гипотиреоз в 10% случаях.

Причина этих нарушений заключается в индукции аутоиммунной реакции с образованием антитиреоидных антител и антител к рецептору ТТГ. Факторами риска развития нарушения функции щитовидной железы при лечении а-интерфероном, по нашим данным, является принадлежность к мужскому полу, наличие злокачественных заболеваний, использования больших доз препарата в течение длительного времени, наличие антител к тиреоидной пероксидазе до начала лечения.

**Выводы.** Высокий уровень антител к тиреоидной пероксидазе или тиреоглобулину к концу интерферонотерапии является фактором риска для развития аутоиммунного процесса щитовидной железы, больным с хроническими вирусными гепатитами перед началом интерферонотерапии рекомендуется проводить исследование функции щитовидной железы включая определение антитиреоидных антител с 3-6 мес интервалами.

#### Литература.

1. Фадеев В.В. М. Издательский дом Ви-да». 2005; 240.
2. Huy A. Tran. Tracey L. Jones, Robert G. Batey. Endoer Disord 2005; 5:8.
3. Под ред. Л.И. Бравермана М.: Медицина Болезни щитовидной железы. 2000; 417.
4. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Питер. 2006.
5. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии. Питер, 2002
6. Галян Е. В., Кравец Е. Б., Латыпова В. П., Дамдиндорж Д. Сибирский медицинский университет // Бюллетень Сибирской медицины: научно-практический журнал. 2009; том 8, N2:96-10

УДК 616.24 - 002.5 - 053.2

## ПРИЧИНЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Г. М. Бельдеубаева

*Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей*

#### Тұжырым

#### **Балалар мен жасөспірімдердің туберкулезге шалдығуына әсер ететін себептер**

60 бала мен жасөспірімдерінің ауру тарихына талдау жасалған, олардың 25-і бала, ал 35-сі жасөспірім. Осы аурулардың көпшілігі (66,6%) қыздар болды. Өкпенің инфильтративті туберкулезі 58,3%-ды құрады. Аурулардың 8,3%-нан өкпесінде тесік бар екені анықталды, ал 10%-ның қақырықпен ТМБ-н шығаратыны анықталды. Жанұясының адам басына шаққандағы айлық табыстары 1000-ға теңдері 33,3%-ды құрады. Осы аурулардың 13-нен, яғни 21,8%-нан туберкулез олар өздері дәрігерге келгенде анықталған.

#### Summary

#### **The Reasons promoting disease by tuberculosis children and teenager**

The analyzed histories disease 60 sick tuberculosis's children and teenagers, children of them 25 foreheads, teenagers – 35 foreheads. Amongst sick dominate (66,6%) of the person feminine flap. Amongst clinical forms infiltrative tuberculosis has formed 58,3%. Beside 8,3% sick in light is revealed cavities of the disintegration and beside these sick in phlegm are 10% found MBT. From 13 sick beside 21,8% foreheads disease is revealed by their come to the doctor by themselves.

Прогноз, высказанный экспертами ВОЗ в 1960 г. и неоднократно повторяющийся в последние годы о возможности искоренения туберкулеза в ближайшем будущем, не оправдался. Период длительного снижения и стабилизации показателя заболеваемости туберкулезом в последнее десятилетие сменился повсеместным увеличением заболеваемости. В Семипалатинском регионе эпидемиологическая ситуация по туберкулезу крайне напряженная. По данным официальной статисти-

ческой отчетности этот показатель по Семипалатинскому региону в 2010 г. среди всего населения достиг 120,4 на 100000 (в 1995 г. – 62,6) и находится на уровне 1970г. Смертность населения Семипалатинского региона от туберкулеза за 2010 г. составил 19,8 на 100000 населения. Все это, несомненно: способствует высокому уровню инфицирования туберкулезом детского населения и увеличению числа заболевших детей (1-4).

### Материалы и методы

Проанализировано нами данные 60 детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в тубдиспансере. Исследование проводилось по специально составленной анкете включающей 32 разделов. Из 60 исследованных, дети составили 25 чел., а подростки – 35 чел. Из 60 больных мальчики составили 20 чел., а девочки – 40 чел. Заболеваемость туберкулезом лиц женского пола несколько преобладала над заболеваемостью мужского пола. Большинство больных (41,6%) составили лица с установленным источником заражения, в том числе все случаи контакта были с бактериовыделителем. У 20 детей и подростков имеет место наличие тесного внутрисемейного контакта и с близкими родственниками. Сроки выявления заболевания у детей в зависимости от давности инфицирования показывают: что у 33,3 % детей заболевание возникло одновременно или в первый год инфицирования, т.е. совпало с выражением туберкулиновых реакций. Только у 18,3 % давность инфицирования составила 5 лет и более. В момент возникновения локального процесса в легких у 26,6 % детей наблюдалась гиперергическая реакция на туберкулин. Основным методом выявления остается туберкулинодиагностика (65,0%), но 21,6 % детей и подростков выявлена по обращаемости при наличии признаков заболевания, что свидетельствовало о быстром прогрессировании процесса. В последние годы отмечается тенденция к увеличению роста числа больных, выявляемых по обращаемости, что может привести к увеличению числа осложненных форм.

Таким образом, в современных социально-экономических и эпидемиологических условиях Семипалатинского региона основными факторами риска заболевания туберкулезом детей и подростков, как и в прежние годы, являются эпидемиологический, социальный и медико-биологический. Следующей задачей было изучение особенностей проявлений туберкулеза у данного контингента больных. При этом установлено следующее: у подавляющего большинства больных (66,6 %) начало болезни постепенное; симптомы туберкулезной интоксикации отсутствуют (25,0%) или умеренно выраженные (36,6 %). Лишь у 31,6% детей и подростков отмечаются выраженные симптомы интоксикации, которые в основном встречаются среди больных с осложненным течением процесса случаев. Наиболее выраженные симптомы интоксикации наблюдались у больных с первичным туберкулезным комплексом 13,3% и инфильтративным туберкулезом легких (15%).

### Результаты и их обсуждение

По возрасту, наши пациенты распределялись следующим образом: дети до 7 лет – 8,3% от 7 до 10 лет составили 11,6%, от 11 до 14 лет – 21,6% и подростки от 15 до 18 лет составили 58,3%. По данным нашего исследования чаще заболевают туберкулезом дети в возрасте от 11 до 14 лет (21,6%), то есть до второй ревакцинации. Среди сопутствующих заболеваний чаще встречались неспецифические воспалительные заболевания (28,3%) и по одному случаю гастрит, гепатит, сахарный диабет и в 5% случаев пиелонефрит и ХНЗЛ. Всего сопутствующие заболевания выявлены у 26 чел. Из 60 (43,3%). Из других социальных факторов риска обращало внимание, что средний доход в денежном выражении из расчета на 1 члена семьи в месяц 1000 тенге составили 33,3 %,

ежемесячный доход до 3000 тенге встречался в 45,0% случаев, а доход до 5000 тенге встречался в 21,6% случаев. Из выше приведенных данных видно, что заболевают дети в основном из малообеспеченных семей.

В структуре клинических форм лидирующее место занимает туберкулез внутригрудных лимфатических узлов составивший 58,3%, из других первичный туберкулезный комплекс – 13,3 %, очаговый туберкулез легких – 5,0%, инфильтративный туберкулез легких – 15%, туберкулезный плеврит (как основное заболевание) – 8,3%. Как видно, из выше приведенных данных, среди наших больных преобладают первичные клинические формы туберкулеза органов дыхания составивший 71,6% из всех клинических форм. Микобактерии туберкулеза найдены у 10% (6 из 60), это были подростки с инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада. Из осложнений основного процесса экссудативный плеврит выявлен у 5,0% пациентов и по одному случаю ателектаз и легочное кровохарканье. Распад в легком выявлен у 5 чел. из 60 (8,3%). На боль в грудной клетке жаловались 11,6%, на кашель 53,3%, а симптомы интоксикации (общая слабость, субфебрильная температура, снижение аппетита) туберкулеза встречались у 70,0% больных.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что рост заболеваемости детей и подростков обусловлено, как и в прежние годы, следующими факторами риска: эпидемиологический (33,3%), социальный (70,0%), медико-биологический (61,6%).

В условиях эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу возникает необходимость изыскания методов активного выявления и защиты детей от заболевания в группах риска. Мы считаем, что туберкулинодиагностика должна быть сохранена как основной метод раннего выявления туберкулезной инфекции и отбора к специфической иммунизации, что способствует снижению удельного веса вторичных клинических форм среди подростков и детей. Детям старшего возраста показано обязательное проведение туберкулинодиагностики два раза в год. Флюорографическое обследование проводить в возрасте 13 лет, 14 лет и третье – при передаче детей подросткам терапевтам.

Проводя эффективную химиопрофилактику среди инфицированных детей, можно добиться снижения заболеваемости туберкулезом не только среди детей, но и подростков.

### Литература:

1. Король О.И., Лозовский М.Э. Туберкулез у детей и подростков // Издательство «Питер» - 2005. – 424 с.
2. Овсянкина Е.С., Кобулашвили М.Г., Губкина М.Ф. и др. Факторы, определяющие развитие туберкулеза у детей и подростков в очагах туберкулезной инфекции // Туберкулез и болезни легких. -2009. -№11. - С.19-23.
3. Игембаева Р.С. и соавт. Особенности клинических проявлений туберкулеза органов дыхания у детей Семипалатинского региона // Наука и здравоохранение. – Семипалатинск.-2004. № 1. - С. 114-116.
4. Игембаева К.С. и соавт. Клиническая структура туберкулеза органов дыхания у подростков // Материалы 6-го съезда фтизиатров Казахстана. – Алматы. 14-15 октября 2010. - С. 101-103.