

**ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ: СОСТОЯНИЕ
ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕЁ РАЗРЕШЕНИЯ**

Аджаблаева Динара Намазовна

*старший научный сотрудник-исследователь кафедры фтизиатрии
Ташкентского института усовершенствования врачей,
Республика Узбекистан, г. Ташкент
E-mail: dinarasammi@mail.ru*

**THE MAIN EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF CHILDREN
AND ADOLESCENT'S RESPIRATORY TUBERCULOSIS
IN THE SAMARKAND STATE: CONDITION OF THE PROBLEM
AND POSSIBLE WAYS OF PERMISSION**

Adjablaeva Dinara

*senior scientific researcher of the Department of phthisiology
of Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education,
Republic of Uzbekistan, Tashkent*

АННОТАЦИЯ

Среди детей Самаркандской области наблюдается некоторое снижение показателя заболеваемости, среди подростков — повышение этого показателя на фоне увеличения выявляемости туберкулеза при профилактических осмотрах. При этом в обеих возрастных категориях отмечена тенденция к увеличению доли вторичных и деструктивных форм туберкулеза, среди возможных причин этого — недостаточная приверженность лечению. Включение мер по повышению качества жизни детей и подростков будет способствовать повышению эффективности противотуберкулезного лечения.

ABSTRACT

Among the children's population of the Samarkand state is noticed some decrease in an indicator of tuberculosis morbidity, among teenagers - increase of this indicator against increase in detection of tuberculosis during daily inspections. Thus in both age categories the tendency to increase in a share of secondary and destructive forms of tuberculosis is noted, among the possible reasons of it is insufficient commitment to treatment. Inclusion of measures for improvement of quality of life of children and adolescents will promote increase of efficiency of antituberculous treatment.

Ключевые слова: туберкулез; дети; подростки; заболеваемость.

Keywords: tuberculosis; children; adolescents; morbidity.

Актуальность. На современном этапе развития общества и здравоохранения можно констатировать, что туберкулез потенциально может поражать почти все слои населения, все возрастные группы и особенно опасен для детей и подростков. В Республике Узбекистан за последние 5 лет структура вновь выявленных больных остается тяжелой, т.е. диагностируются генерализованные, осложненные, вторичные и деструктивные формы заболевания, что свидетельствует о несвоевременности выявления туберкулеза у детей и подростков [5, с. 12]. Вероятность этих неблагоприятных тенденций сохраняется, возможно, в связи с патоморфозом, улучшением выявляемости, обновлением свойств микобактерий туберкулеза и нозологического спектра в структуре детской заболеваемости, не в последнюю очередь за счет ВИЧ/СПИДа [4, с. 56]. Тяжелому течению туберкулеза у детей и подростков предположительно способствуют следующие факторы: контакт с туберкулёзным больным, снижение иммунологической реактивности, массивность инфекции, отсутствие прививочного иммунитета, ослабление другими заболеваниями [3, с. 63]. Рост распространенности и заболеваемости туберкулезом в детском возрасте носит не только медицинский, но и социальный

характер, это приводит к нарушению социальной адаптации детей и подростков, ухудшая качество их жизни и нанося ощутимый экономический ущерб.

Традиционные критерии (физикальные, лабораторные, инструментальные) не охватывают всех аспектов туберкулезной инфекции и не позволяют всесторонне оценить состояние больного ребенка. Свойственный детям и подросткам максимализм, стремление к самоутверждению могут привести к гиперболизации своих ощущений и вербализации негативных эмоций в свободные понятия «боли» и «страха». Эти феномены снижают качество жизни, что приводит к закономерной необходимости учета качества жизни при оказании помощи детям и подросткам, больным туберкулезом, параллельно разрешая психологические проблемы, связанные с определенными периодами развития [2, с. 12]. В международной практике изучение качества жизни является общепринятым, высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и его отдельных социальных групп [6, с. 9]. Методология исследования качества жизни основана на строгих принципах доказательной медицины. В настоящее время крайне важно изучение качества жизни ребёнка, так как знание факторов, влияющих на формирование качества жизни детей и подростков, в т. ч. и на развитие нарушений здоровья, позволяет вовремя предотвратить возможное возникновение и прогрессирование болезни [1, с. 98].

Цель. Изучить основные эпидемиологические показатели по туберкулезу среди детей и подростков в Самаркандской области за последние 5 лет, а также проанализировать показатели качества жизни детей и подростков на момент выявления и оценить влияние этих показателей на последующую приверженность лечению.

Материалы и методы. Нами был проведен одномерный сравнительный анализ отчетных данных по заболеваемости, болезненности и выявляемости туберкулеза органов дыхания у детей и подростков Самаркандской области за период 2009—2013 годы. Показатели качества жизни изучены у 30 подростков в возрасте 13—17 лет, разделенных на 2 группы. 1-ю группу составили

15 подростков, у которых заболевание выявлено впервые, 2-ю группу составили 15 подростков, имеющих в анамнезе ранее перенесенный туберкулез органов дыхания. Для исследования качества жизни был применен опросник Pediatric Quality of Life Inventory — PedsQL [5]. Опросник PedsQL 4.0. включает 23 вопроса, объединенные в 4 шкалы: ФФ — физическое функционирование; ЭФ — эмоциональное функционирование; СФ — социальное функционирование; ЖШ — жизнь в детском саду/школе. Суммарные шкалы опросника: ПСФ — психосоциальное функционирование; СШ — суммарная общая шкала. Каждый вопрос имеет 5 вариантов ответов: «нет», «почти никогда», «иногда», «часто» и «почти всегда», из которых нужно выбрать один, наиболее подходящий к ситуации. Также проводился опрос родителей. Все респонденты заполняли информированное согласие на участие в данном исследовании. Критериями исключения родителей из исследования являлись наличие у них психических заболеваний и недостаточное знание русского языка, что могло стать причиной неадекватных ответов. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2003. Количественные признаки представлены в виде средней арифметической \pm стандартная ошибка. Проверка гипотез о равенстве средних проведена с помощью t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В Самаркандской области пик уровня заболеваемости туберкулезом среди детей наблюдался в 2009 году — 32,6 на 100 тыс. детского населения. Пик уровня болезненности также приходится на 2009 год и составляет 79,8 на 100 тыс. детского населения. Выявление туберкулеза за последние три года имеет тенденцию к увеличению. В 2013 году 76,2 % больных туберкулезом детей выявлено при проведении профилактических осмотров, что в 1,5 раза больше, чем в 2011 году. Это связано с применением диаскинтеста и цифрового флюорографического обследования во время профилактических осмотров групп риска.

Среди подростков показатели заболеваемости за последние 5 лет увеличились более чем в 2 раза — с 17,7 до 43,6 на 100 тыс. детского

населения. Это, возможно, связано как с увеличением числа впервые выявленных больных, так и с улучшением выявляемости туберкулёза при профилактических осмотрах. Так, в 2011 году 65 % от общего количества больных туберкулезом подростков выявлено во время профилактических осмотров, в 2013 году эта цифра составила 74,8 %.

Изучая распределение впервые выявленных больных по возрасту, можно отметить, что пик заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 5—9 лет приходится на 2011 год, в последующие годы этот показатель имеет тенденцию к снижению. В возрастной группе детей до 5 лет после снижения заболеваемости в 2011 году, относительной стабилизации этого показателя в 2012, отмечается резкий скачок до 26,1 % в 2013 году, что, возможно, объясняется началом применения препарата диаскинтест в группах риска по туберкулезу. В 2012—2013 годах значительно возрос показатель заболеваемости в группе детей 10—14 лет, что объясняется улучшением выявления благодаря проведению цифрового флюорографического обследования в группах повышенного риска среди детей среднего и старшего школьного возраста.

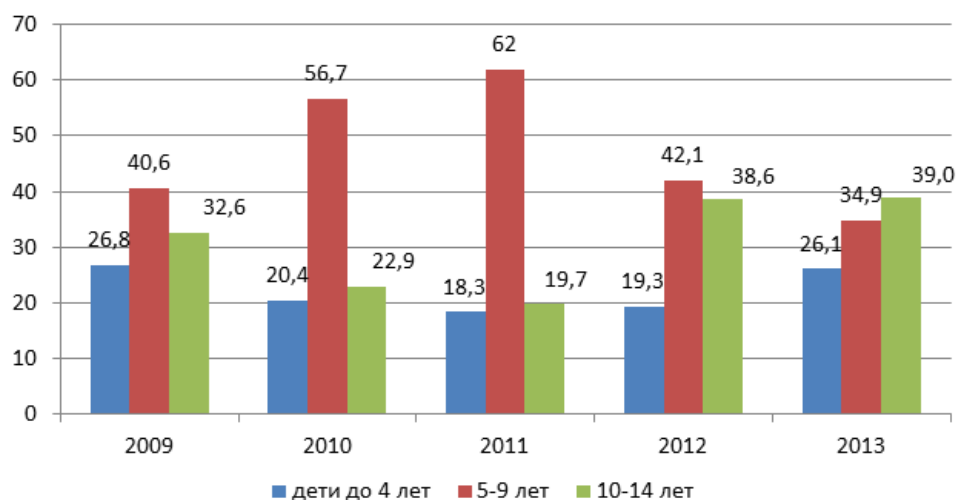


Рисунок 1. Распределение больных впервые активным туберкулёзом детей, выявленных, по возрасту за период с 2009 по 2013 год

В клинической структуре активного туберкулёза среди детей по области отмечается большой удельный вес туберкулёза внутригрудных лимфатических

узлов. Начиная с 2012 года прослеживается тенденция к увеличению веса как первичных, так и вторичных форм туберкулеза органов дыхания у детей.

Таблица 1.

Клиническая структура активного туберкулёза среди больных детей Самаркандской области за период 2009—2013 годы

Клинические формы \ Годы	2009	2010	2011	2012	2013
Туберкулезная интоксикация	1	8	3	2	20
ТВГЛУ	248	164	129	156	149
Первичный туберкулёзный комплекс	3	39	40	65	57
Диссеминированный туберкулез	3	7	5	19	17
Очаговый туберкулез	1	0	0	0	0
Инфильтративный туберкулез	13	5	4	17	14
Фиброзно-кавернозный туберкулез	1	0	0	1	1
Плеврит	2	3	3	5	6
Распад лёгочной ткани	2	1	3	12	10

При оценке этих же показателей у подростков наблюдается большой удельный вес вторичных форм туберкулёза, чаще его инфильтративная форма, с распадом лёгочной ткани и бактериовыделением.

Таблица 2.

Клиническая структура активного туберкулёза среди больных подростков в Самаркандской области за период 2009—2013 годы

Клинические формы \ Годы	2009	2010	2011	2012	2013
Туберкулезная интоксикация	1	0	0	0	14
ТВГЛУ	10	8	7	7	9
Первичный туберкулёзный комплекс	3	2	1	3	2
Диссеминированный туберкулез	3	7	1	5	9
Очаговый туберкулез	1	1	0	1	3
Инфильтративный туберкулёз	13	10	11	16	17
Фиброзно-кавернозный туберкулез	1	0	0	1	1
Плеврит	2	2	1	3	1
Распад лёгочной ткани	2	5	10	12	10
Бактериовыделение	2	3	4	5	5

После анализа сложившейся ситуации мы приступили к следующему этапу нашего исследования.

Показатели качества жизни подростков с впервые выявленным туберкулезом и имеющих в анамнезе ранее перенесенный туберкулез органов дыхания, по результатам заполнения подростковой формы опросника PedsQL (13—17 лет), представлены на рис. 2. Отмечено, что показатели качества жизни у подростков 2-й группы по всем шкалам были значительно ниже, чем у больных 1-й группы ($p < 0,001$). Выявлено, что подростки, ранее перенесшие туберкулез органов дыхания, достоверно чаще, по сравнению с впервые выявленными больными, испытывают затруднения при выполнении заданий в школьных учреждениях, часто плохо себя чувствуют и поэтому чаще пропускают занятия. Возможно, что все это связано со снижением адаптационных возможностей вследствие психологических и физических перегрузок. Кроме того, достаточно низкие показатели эмоционального и психосоциального функционирования чаще всего являются причиной недостаточной приверженности лечению. Страх и депрессивно-тревожные состояния, связанные с наличием у подростков туберкулеза, а также с длительным приемом антибактериальных препаратов, предыдущий опыт заболевания значительно снижают мотивацию к лечению и веру в эффективность терапии.

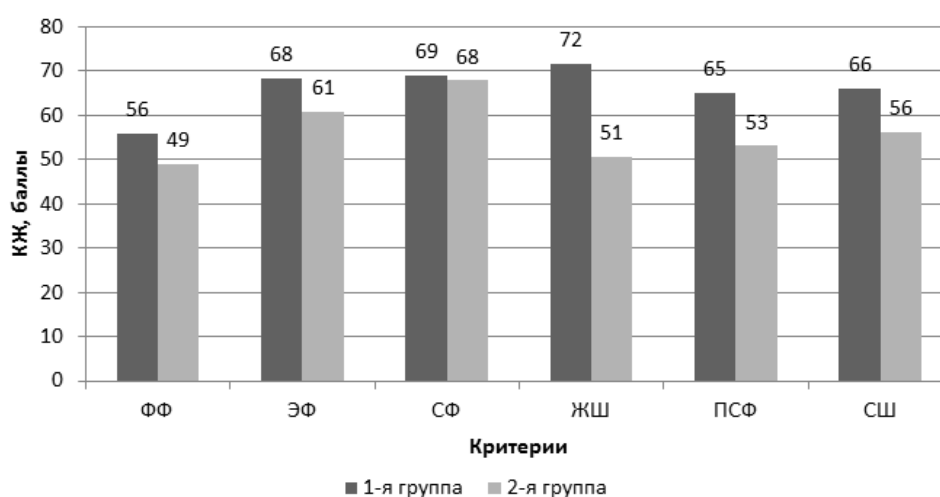


Рисунок 2. Показатели качества жизни подростков с впервые выявленным туберкулезом и имеющих в анамнезе ранее перенесенный туберкулез органов дыхания (результаты заполнения подростковой формы опросника PedsQL)

Примечание. Здесь и в рис. 3: ФФ — физическое функционирование; ЭФ — эмоциональное функционирование; СФ — социальное функционирование; ЖШ — жизнь в детском саду/школе. Суммарные шкалы опросника: ПСФ — психосоциальное функционирование; СШ — суммарная общая шкала.

Показатели качества жизни подростков в анализируемых группах по результатам заполнения родительской формы опросника PedsQL (13—17 лет) представлены на рис. 3. Оценка родителями подростков 1-й и 2-й групп практически не отличается друг от друга. Вероятно, родители недооценивают качество жизни своего ребенка, так как невнимательно относятся к его здоровью. Они недооценивают зависимость показателей качества жизни подростка от изменения режима и видов жизнедеятельности, вынужденных ограничений из-за длительного антибактериального лечения.

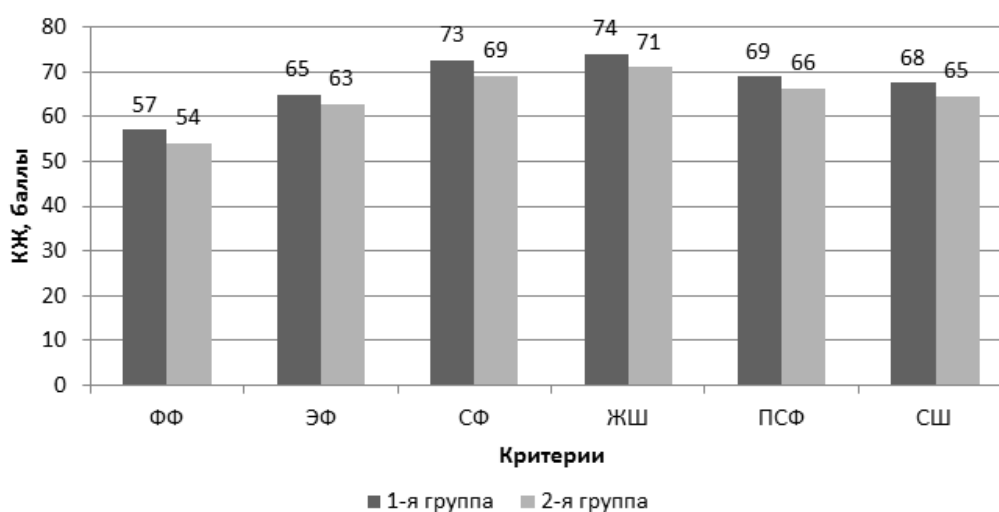


Рисунок 3. Показатели качества жизни подростков с впервые выявленным туберкулезом и имеющих в анамнезе ранее перенесенный туберкулез органов дыхания (результаты заполнения родительской формы опросника PedsQL)

Выводы. Снижение показателя заболеваемости и увеличение выявляемости туберкулеза среди детей в Самаркандской области свидетельствует о достаточно качественной профилактической работе по вопросам туберкулеза, как со стороны врачей общей практики, так и фтизиатров области. Однако увеличение доли вторичных и деструктивных

форм туберкулеза в данной возрастной группировке диктует необходимость более качественной лечебной работы в профилированных стационарах области, с целью повышения качества жизни и создания условий для оптимального здоровья в будущем.

Среди подросткового населения области наряду с улучшением выявления отмечен рост заболеваемости, что свидетельствует о необходимости улучшения работы как на профилактическом, так и на лечебном этапе противотуберкулезной работы. Особенности физиологического и психологического функционирования в этот период требуют пересмотра подходов к улучшению приверженности к лечению, что может быть достигнуто оказанием комплексной психологической помощи, что приведет к значительному улучшению качества жизни, а следовательно, повышению эффективности противотуберкулезного лечения.

У подростков 13—17 лет, больных туберкулезом, субъективные оценки клинического состояния и его влияния на все виды жизнедеятельности пессимистичны и эмоционально ограничены. Это указывает на необходимость активного и качественного участия специалистов-психологов и психотерапевтов в процессе стационарного лечения подростков.

Список литературы:

1. Кучма В.Р., Ушаков И.Б., Соколова Н.В. и др. Методы оценки качества жизни школьников. М.: Издательство ГУ НЦЗД РАМН, 2006. — 98 с.
2. Моисеева О.В. Качество жизни подростков из удмуртских семей при проведении у них химиопрофилактики туберкулеза // Вопросы современной педиатрии. — 2009. — № 6. — С. 12—13.
3. Парпиева Н.Н., Белоцерковец В.Г., Якуббеков Т.Ю. и др. Медико-социальная характеристика больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз // Материалы VII съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. Ташкент. 2010. — С. 63.

4. Состояние противотуберкулёзной работы в республике Узбекистан за период 1999—2009 гг. и задачи по её улучшению: конъюнктурный обзор, 2009, МЗ РУз. Ташкент, 2009.
5. Убайдуллаев А.М., Абсадыкова Ф.Т., Ташпулатова Ф.К. Туберкулёз в Узбекистане // Пробл. туб. — 2011. — № 7. — С. 10—14.
6. Юрьев В.К., Сайфулин М.Х. Оценка динамики качества жизни детей как критерий эффективности стационарного лечения // Вопросы современной педиатрии. — 2009. — № 6. — С. 7—12.

References:

1. Kuchma V.R., Ushakov I.B., Sokolova N.V. Methods for assessing quality of pupils' life. Moscow, CA SCCH RAMS Publ., 2006. 98 p. (In Russian).
2. Moiseeva O.V. The quality of teenagers' life from Udmurt families during their tuberculosis chemoprophylaxis. *Voprosy sovremennoi pediatrii*. [Questions of modern pediatrics], 2009, no. 6, pp. 12—13 (In Russian).
3. Parpieva N.N., Belotserkovets V.G., Iakubbekov T.Iu. Medical and social characteristics of patients with co-infection HIV/Tuberculosis. *Materialy VII s"ezda ftiziatrov i pul'monologov Uzbekistana. Tashkent*. [Materials of the VII Congress of phthisiologists and pulmonologists of Uzbekistan. Tashkent], 2010. p. 63. (In Russian).
4. Status of antituberculous work in the Republic of Uzbekistan for the period 1999-2009 and objectives for its improvement: opportunistic review. Tashkent, MZ RUz Publ., 2009. (In Russian).
5. Ubaidullaev A.M., Absadykova F.T., Tashpulatova F.K. Tuberculosis in Uzbekistan. *Probl. tub.* [Problems of tuberculosis], 2011, no. 7, pp. 10—14 (In Russian).
6. Iur'ev V.K., Saifulin M.Kh. Assessment of the dynamics of children's life quality as a measure of the effectiveness of in-patient treatment. *Voprosy sovremennoi pediatrii*. [Questions of modern pediatrics], 2009, no. 6, pp. 7—12 (In Russian).