

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЯЛОТЕКУЩИХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: РОЛЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ

Е. В. Фомичев, А. Т. Яковлев, Е. В. Ефимова, Т. В. Морозова

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*

Изучено влияние транскраниальной электростимуляции на показатели общего и местного иммунитета больных с вялотекущей флегмоной челюстно-лицевой области. Включение ТЭС в схему традиционного лечения вялотекущих флегмон позволяет стабилизировать состояние общего иммунитета, повысить эффективность лечения и сократить сроки госпитализации.

Ключевые слова: транскраниальная электростимуляция, вялотекущая флегмона челюстно-лицевой области, иммунитет.

OPTIMIZATION OF TREATMENT AND MANAGEMENT OF ATYPICAL PHLEGMON OF THE MAXILLOFACIAL AREA: ROLE OF NON-PHARMACOLOGIC IMMUNE THERAPY

E. V. Fomichev, A. T. Yakovlev, E. V. Efimova, T. V. Morozova

The effects of transcranial electrical stimulation on systemic and local immunity in patients with atypical phlegmon of the maxillofacial area have been studied. It has been shown that treatment of atypical phlegmon of the maxillofacial area with transcranial electrical stimulation makes it possible to boost systemic immunity, enhance the effectiveness of treatment and shorten the length of hospital stay.

Key words: transcranial electrical stimulation, atypical phlegmon of the maxillofacial area, immunity.

В последние десятилетия выявилась отчетливая тенденция увеличения числа атипичных торпидных форм гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с нередким переходом острых процессов в хронические, выросло количество рецидивов этих заболеваний [4, 12].

Особое место среди них занимают вялотекущие флегмоны, которые характеризуются длительным течением, слабо выраженной очаговой воспалительной реакцией, несоответствием между местными и общими проявлениями болезни, отсутствием четкого разграничения стадий воспаления, представляющие значительные трудности для диагностики и отличающиеся рефрактерностью к традиционным лечебным мероприятиям [2, 5].

Индукцированный патоморфоз гнойного воспаления детерминирован широким спектром этиологических факторов. Тем не менее большинство исследователей отмечают, что подобное клиническое течение заболеваний обоснованно считается проявлением вторичного иммунодефицита [5, 10, 12].

Любой иммунный ответ зависит от синтеза про- и противовоспалительных цитокинов, являющихся важной составляющей межклеточных взаимодействий и определяющих интенсивность иммунного ответа и других реакций в динамике воспаления. Изменение синтеза медиаторов иммунного ответа — цитокинов приводит к нарушениям функциональной активности лимфоцитов и, как следствие, дисрегуляции течения воспалительного процесса [3, 9, 11].

Совершенно очевидно, что добиться эффективности лечения вялотекущих гнойно-воспалительных за-

болеваний только с помощью традиционной терапии практически невозможно, так как большинство антибактериальных средств у лиц с пониженным антиинфекционным иммунитетом будут мало или вовсе неэффективными. В силу этого при вялотекущих, плохо поддающихся традиционной терапии гнойно-воспалительных заболеваниях, необходима прямая или косвенная активация иммунной системы [1, 6, 7, 11].

В связи с возрастанием в настоящее время аллергических и токсико-аллергических реакций при применении большого числа лекарственных средств приобретает особую актуальность использование немедикаментозных способов коррекции иммунитета. С этой целью перспективным является использование транскраниальной электростимуляции (ТЭС). Ее центральный эффект анальгетический, основанный на направленной стимуляции опиоидных структур антиноцептивной системы мозга, был с успехом использован для купирования различных болевых синдромов. Но помимо анальгетического ТЭС обладает выраженным иммуномодулирующим эффектом, стимулирует процессы заживления [5, 8]. Именно этим и обосновано применение данного метода в комплексном лечении вялотекущих флегмон челюстно-лицевой области.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оптимизировать лечение больных с вялотекущей флегмоной челюстно-лицевой области путем коррекции иммунитета с помощью транскраниальной электростимуляции.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

При выполнении настоящей работы нами было обследовано и вылечено 47 пациентов с вялотекущей флегмоной челюстно-лицевой области, госпитализированных в клинику челюстно-лицевой хирургии Волгоградской областной клинической больницы № 1 в 2010—2012 гг.

Обследованные больные были в возрасте от 22 до 60 лет; среди них 17 женщин (35,7 %) и 30 мужчин (64,3 %). Средний возраст больных составил 38,3 года.

Все пациенты по характеру проведенной терапии были разделены на две клинические группы: первую (группу сравнения) составили 20 человек, которым проводилось общепринятое лечение, и вторую (основную) — 27 человек, в схему комплексного традиционного лечения которых был включен курс транскраниальной электростимуляции. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц — добровольцев мужского и женского пола в возрасте от 22 до 60 лет из числа пациентов, госпитализированных в клинику для плановых эстетических и реконструктивных операций.

Всем пациентам, поступившим в стационар с вялотекущей флегмоной челюстно-лицевой области, проводили традиционное обследование, включающее в себя оценку клинических проявлений заболевания, общепринятые лабораторные исследования, а также комплексное иммунологическое обследование.

Иммунологическое исследование проводилось всем больным на базе клинико-диагностического лабораторного отделения ГУЗ «Волгоградский областной кардиологический центр» и ООО «Кардиология». Оно включало в себя тесты по изучению следующих факторов общего иммунитета: интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β); интерлейкина-4 (ИЛ-4); соотношения концентраций интерлейкина-1 β и интерлейкина-4 (ИЛ-1 β / ИЛ-4); фактора некроза опухоли — (ФНО- α). Материалом для исследования служила кровь из локтевой вены.

Изучение местного иммунитета полости рта заключалось в определении следующих показателей: ИЛ-1 β , ИЛ-4, соотношения ИЛ-1 β / ИЛ-4, ФНО- α , щелочной фосфатазы (ЩФ), фосфолипазы (ФЛ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ). Материалом для исследования служила ротовая жидкость. Обследование практически здоровых лиц проводили однократно, иммунный статус у больных с вялотекущей флегмоной челюстно-лицевой области изучали при госпитализации, на 3, 9 и 12—13-е сутки лечения.

Всем больным с вялотекущей одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области проводили комплексную терапию, включающую оперативное пособие и традиционное медикаментозное лечение.

Больным основной группы в комплексную терапию в целях иммунокоррекции была включена транскраниальная электростимуляция. Для лечения был использован аппарат «Трансаир-04». Курс лечения составлял 10 сеансов (первый сеанс продолжительностью 15 мин, затем по 30 мин), начиная с первого дня после вскрытия флегмоны.

Математическую обработку данных исследования проводили методами вариационной статистики с использованием программного продукта STATISTICASTATSOFT, версия 6.1.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Включение ГЭС в комплексную терапию у пациентов основной группы привело к активизации регенераторных способностей тканей гнойной раны, о чем свидетельствовало уменьшение продолжительности гноетечения из раны почти в 2 раза по отношению к группе сравнения [(5,1 \pm 0,7) и (9,3 \pm 1,2) сут. соответственно; $p < 0,05$]. Появление грануляций отмечали в среднем на (6,3 \pm 0,5) сут., что было значительно быстрее, чем у больных в группе сравнения (9,5 \pm 1,2) сут., при этом образующиеся грануляции были более яркими, мелкозернистыми. Начало краевой эпителизации раны у больных основной группы наблюдалось на 2-е суток раньше, чем в группе сравнения [(8,6 \pm 1,6) и (10,7 \pm 1,3) соответственно; $p < 0,05$]. При этом признаки рассасывания инфильтрата у больных основной группы появились в среднем на 3 суток раньше [до (8,1 \pm 1,1) против (12,2 \pm 1,8) в группе сравнения] (табл. 1).

Оценка репаративных процессов у больных основной группы убедительно свидетельствовала о более раннем переходе во II фазу раневого процесса, чем у пациентов группы сравнения. Это позволило сократить сроки госпитализации в основной группе до (13,7 \pm 0,8) сут., что достоверно отличается от данного показателя у пациентов группы сравнения [(15,92 \pm 1,20) сут., $p < 0,05$].

Исследование общего иммунитета у больных вялотекущей флегмоной челюстно-лицевой области показало, что при поступлении в стационар наблюдалось повышение концентрации уровня ключевого противовоспалительного цитокина ИЛ-1 β более чем в 8 раз от физиологической нормы (табл. 2). После проведенного лечения по тра-

Таблица 1

Динамика клинических показателей у больных с вялотекущей флегмоной челюстно-лицевой области

Группы больных	Исследуемые показатели (сутки)			
	сроки гноетечения	сроки появления грануляций	начало рассасывания инфильтрата	сроки появления краевой эпителизации раны
Группа сравнения	9,3 \pm 1,2	9,5 \pm 1,2	12,2 \pm 1,8	10,7 \pm 1,3
Основная группа	5,1 \pm 0,7*	6,3 \pm 0,5*	8,1 \pm 1,1*	8,6 \pm 1,6*

*Статистически достоверные отличия от показателя группы сравнения ($p < 0,05$).

диционной схеме снижения концентрации ИЛ-1 β до 12—13 дня практически не наблюдалось ($46,65 \pm 0,44$). При включении в комплексное лечение ТЭС к 12—13 дню регистрировалось динамическое снижение уровня ИЛ- β до ($30,02 \pm 0,56$), $p < 0,05$, что, по всей вероятности, связано со стабилизацией иммунных процессов, то есть регуляции воспалительно-регуляторного каскада: активности Т- и В-лимфоцитов, синтеза биологически активных факторов воспаления, простагландинов.

При госпитализации в крови у больных группы сравнения и основной группы наблюдалось значительное снижение уровня основного регулятора развития иммунного ответа ИЛ-4 ($0,07 \pm 0,01$) и ($0,08 \pm 0,01$) соответственно. После проведения адекватного лечения по традиционной схеме уровень ИЛ-4 в крови к 12—13 дню повышался до $0,16 \pm 0,01$, возрастая в 2 раза по сравнению с его величиной при поступлении. В то же время при включении в схему лечения ТЭС динамическое повышение уровня ИЛ-4, наблюдаемое уже с третьих суток, достигало к 12—13 дню [$0,51 \pm 0,04$], $p < 0,05$, что превышало исходный уровень более чем в 6 раз.

Значительное повышение соотношения ИЛ- β /ИЛ-4, отмеченное при госпитализации у больных обеих групп,

имело различную динамику в процессе лечения. У больных в группе сравнения этот показатель к 12—13 дню уменьшился незначительно — ($424,44 \pm 20,83$), тогда как в основной группе пациентов к этому времени наблюдалось выраженное снижение этого показателя [$63,91 \pm 7,48$], $p < 0,05$, что свидетельствует об инициации воспалительно-регуляторного каскада иммунной системы и ее стабилизации под влиянием ТЭС.

Повышение уровня провоспалительного цитокина ФНО- α , характерное для всех воспалительных процессов, связано с его регуляторным влиянием на общие и местные воспалительные реакции. В процессе комплексного лечения с применением ТЭС к 12—13 дню отмечалось достоверное снижение величины ФНО- α по сравнению с исходным уровнем [$39,46 \pm 1,35$] и [$55,63 \pm 2,08$] соответственно; $p < 0,05$]. В то же время в процессе традиционного лечения величина ФНО- α к 12—13 дню оставалась практически такой же, как и при госпитализации [$51,59 \pm 2,92$] и [$52,74 \pm 2,81$] соответственно].

Важную регуляторную роль в формировании местного иммунитета полости рта у больных с вялотекущей флегмоной челюстно-лицевой области играл ИЛ-1 β . При поступлении его величина в обеих группах в 5 раз превышала показатели здоровых лиц (табл. 3).

Таблица 2

Динамика показателей общего иммунитета у больных группы сравнения и основной группы

Показатель	Здоровые лица (n = 25)	Пациенты группы сравнения (n = 20)				Пациенты основной группы (n = 22)			
		при госпитализации	на 3-и сутки	на 9-е сутки	при выписке	при госпитализации	на 3-и сутки	на 9-е сутки	при выписке
ИЛ -1 β	$5,65 \pm 0,24$	$48,16 \pm 0,26^*$	$50,16 \pm 0,23$	$50,25 \pm 0,51$	$46,65 \pm 0,44$	$48,02 \pm 0,02^*$	$49,59 \pm 0,21$	$42,40 \pm 0,22$	$30,02 \pm 0,56^{\circ}$
ИЛ -4	$1,66 \pm 0,11$	$0,07 \pm 0,01^*$	$0,07 \pm 0,01$	$0,11 \pm 0,01$	$0,16 \pm 0,01^{\circ}$	$0,08 \pm 0,01^*$	$0,12 \pm 0,01$	$0,30 \pm 0,02$	$0,51 \pm 0,04^{\circ}$
ИЛ-1 β / ИЛ -4	$3,64 \pm 0,33$	$478,09 \pm 2,64^*$	$498,57 \pm 2,61$	$458,42 \pm 21,49$	$424,44 \pm 20,83^{\circ}$	$476,67 \pm 3,54^*$	$441,43 \pm 20,67$	$164,67 \pm 11,09$	$63,91 \pm 7,48^{\circ}$
ФНО	$1,48 \pm 0,17$	$52,74 \pm 2,81^*$	$56,74 \pm 3,07$	$55,40 \pm 3,22$	$51,59 \pm 2,92$	$55,63 \pm 2,08^*$	$59,33 \pm 2,39$	$54,92 \pm 2,02$	$39,46 \pm 1,35^{\circ}$

*Достоверные отличия от группы здоровых лиц;

$^{\circ}$ достоверные отличия по отношению к исходному уровню.

Таблица 3

Динамика показателей местного иммунитета полости рта у больных группы сравнения и основной группы

Показатель	Здоровые лица (n = 25)	Пациенты группы сравнения (n = 20)				Пациенты основной группы (n = 22)			
		при госпитализации	на 3-и сутки	на 9-е сутки	при выписке	при госпитализации	на 3-и сутки	на 9-е сутки	при выписке
ИЛ-1 β	$101,01 \pm 2,03$	$496,76 \pm 4,64^*$	$512,43 \pm 4,47$	$503,63 \pm 5,11$	$486,67 \pm 3,33$	$503,01 \pm 3,16^*$	$530,52 \pm 1,47$	$468,24 \pm 5,55$	$306,81 \pm 5,09^{\circ}$
ИЛ-4	$12,18 \pm 0,38$	$2,68 \pm 0,09^*$	$2,67 \pm 0,06$	$2,80 \pm 0,05$	$2,81 \pm 0,06$	$2,64 \pm 0,08^*$	$2,39 \pm 0,05$	$3,14 \pm 0,08$	$3,11 \pm 0,06^{\circ}$
ИЛ-1 β / ИЛ-4	$8,27 \pm 0,34$	$196,32 \pm 10,30^*$	$224,77 \pm 4,74$	$184,17 \pm 5,41$	$173,76 \pm 4,53^{\circ}$	$194,75 \pm 5,81^*$	$225,33 \pm 5,57$	$181,38 \pm 2,69$	$100,52 \pm 2,23^{\circ}$
ФНО- α	$48,33 \pm 0,31$	$889,86 \pm 5,42^*$	$891,24 \pm 7,68$	$883,79 \pm 3,04$	$812,12 \pm 10,45^{\circ}$	$888,24 \pm 5,04^*$	$881,05 \pm 5,52$	$733,01 \pm 4,57$	$358,33 \pm 9,29^{\circ}$
ЛДГ	$4,21 \pm 0,22$	$519,67 \pm 2,37^*$	$520,14 \pm 2,09$	$518,58 \pm 2,93$	$503,16 \pm 2,71^{\circ}$	$523,20 \pm 0,93^*$	$527,43 \pm 1,07$	$471,05 \pm 3,31$	$280,81 \pm 8,26^{\circ}$
ЩФ	$4,29 \pm 0,16$	$6,58 \pm 0,07^*$	$7,91 \pm 0,13$	$7,42 \pm 0,06$	$6,57 \pm 0,11$	$6,92 \pm 0,01^*$	$8,21 \pm 0,05$	$6,36 \pm 0,11$	$3,77 \pm 0,13^{\circ}$
ФЛ	$1,24 \pm 0,01$	$7,28 \pm 0,11^*$	$8,02 \pm 0,08$	$7,37 \pm 0,10$	$7,02 \pm 0,05$	$6,25 \pm 0,09^*$	$7,98 \pm 0,05$	$6,52 \pm 0,08$	$3,77 \pm 0,11^{\circ}$

*Достоверные отличия от группы здоровых лиц;

$^{\circ}$ достоверные отличия по отношению к исходному уровню.

После проведения традиционного лечения с включением ТЭС к 12—13 дню отмечалось стабильное снижение этого показателя по сравнению с исходным уровнем $[(306,81 \pm 5,09)$ и $(503,01 \pm 3,16)$ соответственно, $p < 0,05$], тогда как традиционное лечение не оказало влияния на уровень ИЛ- β , величина которого к 12—13 дню сохранялась на высоком уровне — $(486,67 \pm 3,33)$.

Если при традиционном лечении изменение величины основного цитокина местного воспалительного процесса ИЛ-4 к 12—13 дню имело статистически недостоверный характер по отношению к исходному уровню $[(2,81 \pm 0,06)$ и $(2,68 \pm 0,09)$ соответственно], то при включении ТЭС в комплексную терапию к этому времени наблюдалось статистически достоверное повышение его величины $[(3,11 \pm 0,06)$, $p < 0,05$]. В процессе лечения у больных основной группы наблюдалось достоверное снижение соотношения ИЛ- β / ИЛ-4 почти в 2 раза по сравнению с исходным уровнем $[(100,52 \pm 2,23)$ и $(194,75 \pm 5,81)$ соответственно; $p < 0,05$]. В группе сравнения это снижение имело менее выраженный характер $[(173 \pm 4,53)$ и $(196,32 \pm 103)$ соответственно].

Концентрация ФНО- α в ротовой жидкости у пациентов обеих групп при поступлении превышала показатели практически здоровых людей более чем в 18 раз. В процессе традиционного лечения к 12—13 дню не выявлялось существенного изменения уровня ФНО- α по сравнению с его исходной величиной $[(812,12 \pm 10,45)$ и $(889,86 \pm 5,42)$ соответственно], что свидетельствовало о сохраняющейся высокой активности общих и местных элементов воспалительного процесса. При включении в комплексную терапию ТЭС наблюдалось достоверное снижение этого показателя по сравнению с исходным уровнем $[(358,33 \pm 9,29)$ и $(888,24 \pm 5,04)$ соответственно, $p < 0,05$], что по всей вероятности связано с повышением концентрации других противовоспалительных цитокинов, пролиферацией и дифференциацией нейтрофилов и фибробластов.

При поступлении в ротовой жидкости больных обеих групп отмечено значительное повышение ферментативной активности ЛДГ по сравнению с практически здоровыми лицами. Назначение адекватного традиционного лечения практически не повлияло на энзимную активность данного фермента вплоть до 12—13 дня — $503,16 \pm 2,71$. Включение в комплексную терапию ТЭС позволило снизить ферментативную активность ЛДГ к 12—13 дню почти в 2 раза по сравнению с исходным уровнем $[(280,81 \pm 8,26)$ и $(523,20 \pm 0,93)$ соответственно; $p < 0,05$], что является показателем начала репаративного процесса.

Изучение активности ЩФ в обеих группах показало, что при поступлении зарегистрировано ее незначительное повышение. После проведения традиционной схемы лечения энзимная активность ЩФ к 12—13 дню регистрировалась практически на том же уровне, что и при госпитализации $[(6,57 \pm 0,07)$ и $(6,58 \pm 0,07)$ соответственно]. При включении в комплексную терапию ТЭС наблюдалось ее постепенное динамическое сни-

жение к 12—13 дню $3,17 \pm 0,13$, что также подтверждает стабилизацию местных воспалительных процессов и начало фазы репарации.

Повышенный уровень ФЛ у больных обеих групп при госпитализации характеризовал активность местного воспалительного процесса. При включении в схему лечения ТЭС к 12—13 дню ее энзимная активность снизилась в 2 раза по сравнению с исходным уровнем $[(3,77 \pm 0,11)$ и $(6,92 \pm 0,09)$ соответственно, $p < 0,05$], в то время как у больных группы сравнения к этому времени активность ФЛ сохранялась практически на том же уровне, что и при поступлении $[(7,02 \pm 0,05)$ и $(7,28 \pm 0,1)$ соответственно].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать заключение о недостаточной эффективности традиционной терапии вялотекущих флегмон челюстно-лицевой области. Включение в комплекс лечебных мероприятий транскраниальной электростимуляции оптимизирует репаративные процессы в послеоперационной ране, позволяет сократить сроки госпитализации данных больных и способствует более быстрой стабилизации показателей общего и местного иммунитета полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арцимович Н. Г., Фадеева И. В., Галушина Т. С. // Иммунология. — 2003. — № 4. — С. 70—71.
2. Ахмед Салех Яхья. Иммуномодулирующая терапия в комплексном лечении атипично текущих флегмон челюстно-лицевой области: Дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2007. — 113 с.
3. Ахмедов Г. Д., Царева Т. В. // Институт стоматологии. — 2011. — № 53. — С. 78—79.
4. Виткина Т. И., Кытикова О. Ю. // Медицинская иммунология. — 2008. — Т. 10, № 2—3. — С. 277—282.
5. Ефимова Е. В. Эффективность транскраниальной электростимуляции в комплексном лечении вялотекущих флегмон челюстно-лицевой области: Дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2012. — 125 с.
6. Корженевский А. А. Клинико-иммунологические критерии оценки эффективности применения иммуномодуляторов в комплексной терапии гнойно-септических заболеваний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009. — 38 с.
7. Латюшина Л. С. Клинико-иммунологическая оценка эффективности локальной иммунокоррекции в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Челябинск, 2009. — 52 с.
8. Лебедев В. П., Ильинский О. Б., Савченко А. Б. и др. // Электростимуляция—2002: Труды науч.-практ. конф. — М., 2002. — С. 15—23.
9. Мустафаев М. Ш., Хараева З. Ф., Рехвиашвили Б. А., Тарчокова Э. В. // Стоматология. — 2007. — № 5. — С. 40—43.
10. Сашкина Т. И., Порфириадиш М. П., Шулаков В. В. и др. // Стоматология. — 2008. — № 6. — С. 4—8.

11. Тхазаллижева Л. В. Некоторые показатели иммунитета у больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и методы коррекции: Дис. ... канд. мед. наук. — Нальчик, 2005. — С. 132.

12. Фомичев Е. В. Атипично текущие и хронические гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: Диагностика, лечение и профилактика: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1999. — 336 с.

13. Фомичёв Е. В., Ахмед Салех, Яковлев А. Т., Жихарева Е. О. // Рос. стоматол. журнал. — 2007. — № 5. — С. 26—28.

14. Фомичёв Е. В., Салех Ахмед, Яковлев А. Т., Ефимова Е. В. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2010. — № 2 (34). — С. 49—51.

Контактная информация

Фомичев Евгений Валентинович — д. м. н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и ЧЛХ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: fevstom@rambler.ru

УДК 616-002.5-053.2(470.45)

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ТЕНДЕНЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

С. А. Юдин, О. Н. Барканова

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра фтизиопульмонологии*

Анализ эпидемических показателей по туберкулезу детей и подростков с 2002 по 2013 гг. показал, что заболеваемость туберкулезом детей ниже, чем в Российской Федерации, но сохраняется неблагоприятная тенденция, обусловленная достаточно высокой заболеваемостью туберкулезом подростков. Решение данной проблемы снижения невозможно без постоянного взаимодействия фтизиатрической службы и специалистов детских поликлиник.

Ключевые слова: туберкулез детей и подростков, эпидемиологическая ситуация, Волгоградская область.

SOME EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS AND TUBERCULOSIS TRANSMISSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS RESIDING THE VOLGOGRAD REGION

S. A. Yudin, O. N. Barkanova

An analysis of the epidemiology of tuberculosis in children and adolescents between 2002-2013 was performed. It showed that tuberculosis morbidity in children residing in the Volgograd region is lower than that in the Russian Federation. However, tuberculosis incidence in an adolescent cohort remains quite high. Continuous collaboration between phthisiatricians and children's health outpatient providers could reduce tuberculosis incidence among adolescents.

Key words: tuberculosis in children and adolescents, epidemiological situation, Volgograd region.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации в современных социально-экономических условиях продолжает оставаться весьма напряженной, дети в препубертатном периоде весьма чутко реагируют на изменение эпидемической ситуации с туберкулезом. Особого внимания заслуживает туберкулез у подростков. Показатель заболеваемости туберкулезом подростков интенсивно растет с 1991 г. и не имеет тенденции к снижению [3, 5, 6, 7].

Анализ эпидемиологических показателей заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков показал, что, несмотря на их стабилизацию, за последние 2 года было отмечено стабильное увеличение показателя регистрируемой заболеваемости детей туберкулезом с 14,6 в 2009 г. до 16,3 в 2011 г. на 100 тыс. детей, что свидетельствует о сохраняющейся неблагоприятной ситуации [1, 2].

В Волгоградской области в 2009 г. показатель заболеваемости туберкулезом детей был в 10 раз ниже уровня общего показателя заболеваемости населения в реги-

оне (10,4 и 103,8 за 2009 г., ф. 8), в то же время в других субъектах РФ он составлял более 40 % от общего показателя заболеваемости туберкулезом. Эпидемиологические показатели заболеваемости детей и подростков неоднородны и зависят в большей степени от эффективности проводимых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий среди детского и подросткового населения в конкретном регионе, а также обусловлены распространением туберкулеза, состоянием популяционного иммунитета, организацией здравоохранения, трактовкой и регистрацией случаев заболевания туберкулезом [4, 6].

Таким образом, сегодня туберкулез детей и подростков остается актуальной проблемой фтизиопедиатрической службы и нуждается в дальнейшем изучении.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка основных эпидемиологических показателей по туберкулезу детей и подростков в Волгоградской области за последние 11 лет.