

НЕОБХОДИМОСТЬ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А. М. КОРОЛЮК, В. Н. КРИВОХИЖ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель исследования: изучение диагностической эффективности туберкулиновой пробы у детей и подростков.

Материалы и методы. Проведен анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу среди детей и подростков в г. Санкт-Петербурге за 2010-2012 гг. и материалов собственных исследований.

Наиболее важными критериями при изучении туберкулезной инфекции, ее динамики и распространенности среди детей и подростков являются показатели инфицированности и риска инфицирования. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), не менее 10% инфицированных в течение жизни заболевают туберкулезом. При снижении заболеваемости туберкулезом показатель инфицированности стал одним из основных критериев, характеризующих эпидемическую ситуацию по туберкулезу: раннее инфицирование, смещение его максимального уровня на детский и юношеский возраст свидетельствуют о неблагоприятном, наличии большого числа источников заражения. Наблюдается определенный параллелизм между уровнем инфицированности населения и интенсивностью развития эпидемического процесса. По данным ряда авторов, ежегодный риск инфицирования, равный 1%, соответствует заболеваемости около 50 на 100 тыс. жителей.

Результаты. Анализ основных показателей по туберкулезу среди детей и подростков г. Санкт-Петербурга по данным организационно-методического отдела СПб ГБУЗ «Городского противотуберкулезного диспансера» за три года (2010-2012 гг.) показал, что пробами Манту с 2 ТЕ охвачено детей по этим годам соответственно 98,5; 97,2; 98,9%, а подростков 98,8; 98,9; 98,2%. Инфицированность *M. tuberculosis* (МБТ) по г. Санкт-Петербургу за анализируемый период находилась на высоком уровне и составляла у детей 0-14 лет 25,0; 26,4; 27,4%, а у подростков 15-17 лет – 52,2; 54,3; 61,2%. Таким образом, риск инфицирования составляет более 1% в год, что свидетельствует об ухудшении эпидемической ситуации. По пробе Манту с 2 ТЕ и при обследовании по контакту выявлено заболевание у детей за 3 года соответственно: 97,4; 97,14; 98,0%, а у подростков – 87,0; 83,3; 88,2%. Лишь у 12-15% подростков выявляется туберкулез рентгенофлюорографическим методом. Анализ заболеваемости детей по возрастам за 2 года (2011-2012 гг.) показал, что доля заболевших детей в возрасте 0-3 года составила в 2011 г. 12,1, в 2012 г. – 6,1; в возрасте 4-6 лет – соответственно 29,0 и 21,0; в возрасте 7-11 лет – 18,0 и 23,6; в воз-

расте 12-14 лет – 12,8 и 17,6 на 100 тыс. детей соответствующего возраста. Приведенные данные о возрастной заболеваемости показывают, что больше половины детей заболевают в старших возрастных группах и возможная отмена массовой туберкулинодиагностики снизит возможность раннего выявления туберкулеза у детей старшего возраста и подростков. По данным кафедры фтизиатрии нашего университета, заболевание локальным туберкулезом совпало с выражением туберкулиновых реакций у 25% детей и почти у 20% оно развилось в течение года после его установления. Своевременно проведенная химиопрофилактика в период выражения пробы Манту или в ранний период первичной туберкулезной инфекции предупреждает формирование остаточных туберкулезных изменений в легких или во внутригрудных лимфатических узлах. Применение кожно-аллергической пробы с препаратом диаскин-тест (ДСТ) у подавляющего большинства детей не выявляет туберкулезную инфекцию в раннем периоде: положительные реакции встречаются в 10 раз реже по сравнению с пробой Манту с 2 ТЕ. В итоге отсроченная на 1-2 года реакция на ДСТ приводит к потере из поля зрения 47,8% детей в период первичного инфицирования и больных активным туберкулезом. Данное исследование показало эффективность тщательного отбора детей по пробе Манту с 2 ТЕ и результатам индивидуальной туберкулинодиагностики на всех этапах диагностической цепи, начиная с детской поликлиники и заканчивая городской центральной диагностической комиссией, где окончательно подтверждается диагноз туберкулеза у обследованных детей и подростков. Замена туберкулинодиагностики на ДСТ потребует пересмотра классификации групп диспансерного учета (ГДУ), поскольку исчезнет VI группа повышенного риска заболевания туберкулезом со всеми тремя подгруппами. Однако диспансерное наблюдение детей и подростков, состоящих на учете в противотуберкулезных диспансерах в группах риска, является важнейшим направлением работы по предупреждению заболевания туберкулезом. Так, в г. Санкт-Петербурге в 2012 г. показатель заболеваемости на 100 тыс. контактных детей, состоящих в IVAB группах учета, составил 359,7, что в 18 раз выше, чем в среднем по городу. В 2009 г. была отменена химиопрофилактика туберкулеза у детей и подростков VI ГДУ при отрицательной реакции на ДСТ, что привело к росту заболеваемости локальным туберкулезом. Так, в г. Санкт-Петербурге заболеваемость детей в 2010 г. составляла 13,8, в 2011 г. – 18,5, в 2012 г. – 20,1 на 100 тыс. детского

населения. Отмена пробы Манту с 2 ТЕ начиная с 8-летнего возраста скажется негативно и на календаре профилактических прививок против туберкулеза. В г. Санкт-Петербурге, например, распоряжением Комитета по здравоохранению № 571-р от 07.10.2008 г. допускается в порядке исключения ревакцинация детей, не привитых своевременно из-за противопоказаний в 7 и 14 лет, в первый год после декретированного срока. Как быть? Не ревакцинировать БЦЖ в 8-летнем возрасте или нарушать готовящийся министерский приказ об отмене в этом возрасте пробы Манту с 2 ТЕ? В нынешней сложной эпидемической ситуации все это кажется весьма несвоевременным. В аналитическом обзоре статистических показателей за 2010 г. «Туберкулез в РФ» в главе 5 (5.7) приводятся данные, что второй ревакцинацией БЦЖ (в 14 лет) в целом по РФ охвачено 8% (107 891) детей, в некоторых регионах этот процент достигает 20-25%. Но разве наличие «всего лишь» 108 тыс. детей, нужда-

ющихся в ревакцинации, дает право отказываться от этой прививки? Ведь заболеваемость туберкулезом подростков остается высокой, это обусловлено и возрастными анатомо-физиологическими особенностями. В том же обзоре, в разделе 5.6 «Эффективность туберкулинодиагностики среди детей 0-17 лет», показано, что заболеваемость туберкулезом детей превышает общую регистрируемую заболеваемость в группе VIA в 2,7 раза, в группе VIB – в 18,7 раза и в группе VIB – в 2,8 раза. По заключению экспертов ВОЗ, задачу ликвидации туберкулеза можно решить лишь когда показатель инфицированности детей до 14 лет не будет превышать 1%, а риск инфицирования будет ниже 0,05%. Реальная эпидемическая ситуация в нашей стране еще далека от вышеуказанных критериев, когда станет вполне возможным радикально пересмотреть существующую систему диагностики и профилактики туберкулеза среди детей и подростков.

ПОКАЗАТЕЛЬ ИНФИЦИРОВАННОСТИ У ДЕТЕЙ ИЗ КВАРТИРНЫХ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

В. Н. КРИВОХИЖ¹, С. В. МИХАЙЛОВА², Т. А. ЛЕВИТ²

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,

²Противотуберкулезный диспансер № 12 Адмиралтейского района, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить показатель инфицированности у детей из квартирных очагов туберкулеза.

Материалы и методы. Обследовано 105 детей из квартирных очагов туберкулеза (основная группа) и 100 детей из здорового окружения (контрольная группа), проживающих в Адмиралтейском районе г. Санкт-Петербурга. Использованы эпидемиологический, клинический, статистический методы исследования.

Результаты. В процессе наблюдения за инфицированием детей из квартирных очагов туберкулезной инфекции получены следующие результаты. Показатель инфицированности микобактериями туберкулеза (МБТ) среди детей от 0 до 14 лет, проживающих в квартирных очагах туберкулеза с больным-бактериовыделителем, практически равен показателю инфицированности у детей из очагов туберкулеза с больным без установленного бактериовыделения (54,5 и 48,0% соответственно). Дети в возрасте до 3 лет, проживающие в квартирных очагах с больным-бактериовыделителем, в 3 раза чаще инфицировались, чем дети из здорового окружения (6,5 и 2,1% соответственно). В 4-6 лет – показатель инфицированности у детей в квартирных очагах с больным-бактериовыделителем выше в 4 раза, чем аналогичный показатель у детей из здорового окружения (60,0 и 14,8% соответственно), в 7-14 лет – выше в 1,5

раза (75,0 и 54,5%) ($p < 0,01$). В квартирных очагах с больным без установленного бактериовыделения инфицирование у детей в возрасте до 3 лет не зарегистрировано. В 4-6 лет показатель инфицированности среди детей из квартирных очагов с больным без установленного бактериовыделения превышает данный показатель у детей из здорового окружения в 3,3 раза (50,7 и 14,8% соответственно), а в 7-14 лет практически равен данному показателю среди детей из здорового окружения (58,8% и 54,5% соответственно). Вираз туберкулиновой чувствительности в возрасте от 0 до 14 лет при обследовании по контакту установлен у 15,6% детей из квартирного контакта с больным-бактериовыделителем и у 7,6% детей из квартирного контакта с больным туберкулезом без установленного бактериовыделения ($p < 0,05$). Анализ первичного инфицирования показывает, что у детей в возрасте до 3 лет из квартирного очага туберкулеза с больным-бактериовыделителем в 3,5 раза чаще диагностируется вираз чувствительности к туберкулину в сравнении с детьми, проживающими в здоровом окружении ($p < 0,01$). В возрасте от 4 до 6 лет дети с одинаковой частотой впервые инфицируются МБТ, проживая в квартирных очагах как с больным-бактериовыделителем, так и с больным туберкулезом без установленного бактериовыделения. Следовательно, квартирные туберкулезные очаги в равной степени опасны для