

учебных пособий и рекомендаций для каждого уровня подготовки врачей-педиатров по фтизиатрии. Современная эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации имеет тенденцию к ежегодному улучшению, и только показатели заболеваемости и распространенности туберкулезного процесса у детей и подростков имеют замедленные темпы стабилизации. Одной из причин данного явления, по-видимому, можно

считать кадровые особенности в системе оказания противотуберкулезной помощи детям.

**Заключение.** По нашему мнению, требует пересмотра Приказ № 415н от 07.07.2009 г. «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» с выделением отдельной специальности врача-фтизиопедиатра.

## СОВРЕМЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И НАСУЩНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

А. Ф. МОСКОВЧУК<sup>1</sup>, К. М. ЯВОРСКИЙ<sup>1</sup>, В. А. БОЛОТНИКОВА<sup>1</sup>, П. А. КРУДУ<sup>2</sup>,  
В. А. СИРЖ<sup>2</sup>, А. Н. ТОМША<sup>2</sup>, С. В. КУРИЕВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ОМСУ «Институт физиопульмонологии «Кирилл Драганок».

<sup>2</sup>Национальный центр менеджмента в здравоохранении, г. Кишинев, Республика Молдова

Болезни органов дыхания у детей и подростков представляют серьезную медико-социальную проблему. Это обусловлено не только высокой распространенностью, риском хронизации, но и диагностическими трудностями. Нередко начавшись в детско-подростковом возрасте, они продолжают уже в зрелом возрасте у взрослых, приводя к нарушению качества жизни, к потере трудоспособности (инвалидности), а в ряде случаев и к неблагоприятным исходам. Актуальность этой проблемы и необходимость ее изучения подчеркивает тот факт, что дети и подростки с неспецифической патологией органов дыхания составляют значительную группу повышенного риска по инфицированию и заболеванию туберкулезом (ТБ). Кроме того, различаясь по этиологии и патоморфозу неспецифические заболевания легких (НЗЛ) и ТБ находятся во взаимосвязи по клиническим проявлениям, диагностике и дифференциально-диагностическому ряду. Клинико-рентгенологическая картина отдельных нозологических форм НЗЛ характеризуется сходством симптомов и признаков с ТБ. Необходимо также принимать во внимание сложную эпидемическую ситуацию по ТБ в стране.

**Цель:** изучить эпидемиологию, динамику показателей распространенности НЗЛ и значимость проблемы для практического здравоохранения.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на основе анализа данных ежегодной медицинской статистики за 2008-2012 гг. и медицинской документации пациентов консультативного приема в Институте физиопульмонологии Республики Молдова.

**Результаты и обсуждение.** Несмотря на определенные успехи систематически проводимых организационно-методических и профилактических мероприятий, применения новых технологий в диагностике и лечении НЗЛ, ситуация продолжает оставаться серьезной. Сравнительный анализ динамики показателей эпидемической обстанов-

ки по НЗЛ среди детского населения (0-17 лет) за 2008-2012 гг. представлен по следующим нозологиям, с которыми наиболее часто приходится дифференцировать ТБ. В указанные годы лидирующее положение занимают пневмонии. Показатель распространенности пневмоний (на 10 тыс. детей) составлял соответственно: 130,4; 201,0; 205,3; 260,7; 187,8; хронического бронхита – 34,1; 31,7; 34,7; 31,4; 59,5; бронхиальной астмы – 15,5; 15,2; 16,7; 18,8; 20,5; интерстициальных заболеваний – 0,6; 0,1; 0,1; 0,1; 0,6; нагноительных заболеваний – 0,02; 0,2; 0,01; 0,04; 0,1; других заболеваний – 1,6; 2,1; 2,6; 6,0; 4,2. Смертность детей в том же временном периоде, отмечаемая преимущественно от пневмоний, представлена в следующих показателях – 1,0; 0,99; 0,82; 0,92; 0,7 на 10 тыс. детского населения. Единичные и не ежегодные случаи смертности были от интерстициальных и нагноительных заболеваний легких. При этом следует подчеркнуть, что наблюдаемое неблагополучие по ТБ и учащение случаев остро прогрессирующего ТБ легких в последние годы, неразрешающаяся (медленно разрешающаяся) пневмония значительно затрудняют верификацию диагноза и проведение правильного лечения. В контексте вышеизложенного важно заметить, что особенностью порядка оказания медицинской помощи населению в Республике Молдова является то обстоятельство, что больных (взрослых и детей) ТБ и НЗЛ обслуживает единый специалист – врач-фтизиопульмонолог. В настоящее время накопилась достаточная база данных о целесообразности данной клинической практики.

**Заключение.** Актуальность проблем, связанных со столь распространенной респираторной патологией как среди детей, так и среди взрослых и обусловленных рядом причин, среди которых особый интерес представляет эпидемиология, медико-социальная значимость, повышение требований к врачебному диагнозу и другие, несо-

мненна. Полагаем, что обсуждаемые вопросы и результаты исследования могут иметь большое значение для междисциплинарного взаимодей-

ствия при оказании пульмонологической помощи детскому населению с позиций доказательной медицины.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ С ВЫСОКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ ТУБЕРКУЛЕЗА

Л. И. МОТАНОВА<sup>1</sup>, Г. Е. КОВАЛЕНКО<sup>2</sup>, Ю. В. ПОПОВА<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Тихоокеанский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Краевой противотуберкулезный диспансер, г. Владивосток

Многолетний опыт применения вакцины БЦЖ у детей доказывает большое значение вакцинации для профилактики туберкулеза. Установлено, что прививки предупреждают развитие генерализованных форм заболевания и, тем самым, значительно снижают смертность от туберкулеза детей раннего возраста. Вместе с тем целесообразность прививок против туберкулеза является предметом дискуссий врачей-педиатров, фтизиатров и широкой общественности. В связи с сомнениями в эффективности вакцинации и боязни развития осложненных реакций возрастает число отказов родителей от вакцинации детей в родильном доме. Защитная роль вакцины во многом зависит от распространенности туберкулеза в том или ином регионе. Актуальны исследования по вакцинопрофилактике туберкулеза на территории с высокой распространенностью заболевания.

**Цель:** оценка эффективности массовой вакцинации против туберкулеза на территории с высокой распространенностью данного заболевания.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные отчетных форм 3 039 детей Приморского края (г. Владивосток) в возрасте от 1 года до 14 лет, рожденных в 1997 г., привитых вакциной БЦЖ (92%), БЦЖ-М (8%). Мальчиков было 1 562 (51,4%), девочек – 1 476 (48,6%). Эффективность вакцинации определяли по размерам рубчиков, сформировавшихся на месте введения вакцины, чувствительности к туберкулину по данным пробы Манту с 2 ТЕ в динамике, срокам инфицированности детей микобактериями туберкулеза (МБТ), а также по числу детей, заболевших туберкулезом в течение всего периода наблюдения.

**Результаты.** При анализе данных эффективности вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М установлено, что у детей, привитых вакциной БЦЖ, рубчики размером 4 мм и более развились в 90% случаев. Снижение эффективности прививки отмечено у 10% детей, из них у 1% рубчики на месте введения вакцины отсутствовали и у 9% составляли менее 4 мм. У детей, привитых вакциной БЦЖ-М, эффективность вакцинации была ниже, а доля рубчиков размером 4 мм и более составила только 79%, рубчики на месте введения вакцины отсутствовали у 14% детей, у 17% – размер рубчиков был менее 4 мм.

Через год после вакцинации положительная чувствительность к туберкулину отмечена в 39,4% случаев, у 30,9% – реакции на туберкулин были отрицательными и у 19,4% – сомнительными. В динамике число положительных реакций уменьшается в течение 5 лет после вакцинации, что свидетельствует об угасании поствакцинального иммунитета. С 6 лет число положительных реакций нарастает в связи с первичным инфицированием детей МБТ. Наибольшее число отрицательных реакций отмечается через 2-5 лет после введения вакцины, следовательно, у довольно большого числа детей поствакцинальная аллергия не развивается. К 8 годам доля отрицательных реакций на туберкулин значительно снижается. Из всех детей, вакцинированных БЦЖ, к 14-летнему возрасту не инфицированными МБТ осталось 25,8%. Основная часть детей инфицировалась в возрасте от 7 до 14 лет – 43,0%. С 3 до 7 лет инфицировалось 29,0% детей. Доля инфицированных детей в возрасте до трех лет составила 2%. Из всех детей, вакцинированных БЦЖ-М, к 14 годам не инфицированными МБТ осталось 24%. Основная часть детей инфицировалась в возрасте от 7 до 14 лет – 45%, от 3 до 7 лет – 27%. Число инфицированных детей в возрасте до трех лет составило 4%. Несмотря на доказанное отсутствие влияния противотуберкулезной вакцинации на инфицированность детей МБТ, полученные данные свидетельствуют о более частом инфицировании детей до 3 лет, которым проведена щадящая иммунизация вакциной БЦЖ-М. После вакцинации БЦЖ-М в возрасте до 3 лет инфицировалось 4% детей, после вакцинации БЦЖ – 2%.

Дети г. Владивостока, рожденные в 1997 г., вакцинированы БЦЖ в 100% случаев. Охват прививками БЦЖ/БЦЖ-М до 1 года жизни составил 99,6%, остальные дети вакцинированы после снятия длительных медицинских отводов в сроки больше одного года. Отказов от вакцинации БЦЖ/БЦЖ-М не было. В возрасте 7 лет ревакцинировано 21,2% детей, у которых отмечена отрицательная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ. В 14 лет детей с отрицательными реакциями на пробу Манту с 2 ТЕ оказалось только 0,3%, что связано с высокой инфицированностью детского населения г. Влади-