

ла больных ВИЧ-инфекцией, создавая большой резервуар инфекции, вызывают серьезную озабоченность. Согласно оценке Всемирной организации здравоохранения, Республика Молдова входит в число 18 стран с высоким бременем ТБ в Европейском регионе. В этой связи вопросы профилактики ТБ у детей остаются весьма актуальными.

Цель: анализ состояния и результативности различных видов специфической и неспецифической профилактики ТБ у детей; выявление факторов, ассоциированных с трудностями и неудачами в ее проведении, и путей их преодоления.

Материалы и методы. Данные официальной статистики и медицинской документации детей с осложнениями на вакцинацию и ревакцинацию БЦЖ, а также на детей из групп повышенного риска по ТБ и, прежде всего, контактных. Изучены документы, регламентирующие проведение иммунопрофилактики, превентивной химиотерапии, санитарной и социальной профилактики.

Результаты и обсуждение. В результате анализа состояния вакцинопрофилактики установлено, что охват детей в возрасте до 1 года БЦЖ-прививками ежегодно составляет не менее 98-99%, детей в возрасте 6-7 лет (ревакцинация в 1-м классе) – 97%. Иммунизация против ТБ, предусмотренная национальным календарем профилактических прививок с учетом международных рекомендаций, проводится при информированном согласии родителей. К сожалению, приходится констатировать, что с увеличением иммунной прослойки среди детей возросло и число постпрививочных осложнений и необычных реакций. Так, по данным мониторинга вакцинации и ревакцинации БЦЖ, частота зарегистрированных осложнений в 2004 г. составила 81,4 на 100 тыс. привитых, в 2013 г. – 140,1. Преобладающее большинство (96,0%) составляли осложнения I категории по международной классификации. Поэтому вопросы, связанные с биологическими свойствами вакцины, с соблюдением противопоказаний и лечением осложнений БЦЖ, остаются актуальными и сегодня.

Не менее важным разделом профилактической работы является химио- и санитарная профилактика в очагах ТБ с бактериовыделением и в очагах смерти от ТБ. По нашим данным, заболеваемость детей из контакта с бактериовыделителем во много раз превышала показатели заболеваемости остального детского населения и составляла с 2008 по 2012 г. 12,5; 16,1; 10,0; 13,7; 12,4 на 1 тыс. контактных. Среди причин, мешающих проведению профилактических мероприятий, но которые могут быть устраненными и управляемыми, являются следующие:

- несвоевременность разобщения контакта с больным ТБ;
- непонимание родителями и детьми старшего возраста назначенного режима превентивной химиотерапии, обеспокоенность по поводу ее побочного эффекта;
- убеждение в том, что их ребенок не заболевает ТБ;
- нескорректированная по результатам тестов на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза превентивная химиотерапия;
- неконтролируемый прием противотуберкулезных препаратов.

Следует также отметить, что негативный вклад в проблему профилактики ТБ у детей вносят несоблюдение сроков профилактических обследований контингентов из групп повышенного риска, несвоевременное и позднее выявление взрослых больных ТБ, недостаточная преемственность и скоординированность в работе лечебно-профилактических медицинских учреждений и органов санэпиднадзора.

Заключение. Резюмируя вышеизложенное, необходимо подчеркнуть, что профилактика – это многогранный актуальный раздел борьбы с ТБ, ведущая роль которого заключается в упреждении и противодействии туберкулезной инфекции, а также в сдерживании ее распространения. В целях обеспечения высокого качества профилактики необходимы дифференцированные подходы к модификации медико-биологических, эпидемиологических и социальных факторов риска по развитию ТБ у детей.

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Ю. А. ЯРОВАЯ, О. И. КОРОЛЬ, Г. В. КОРФ, Е. Б. ВАСИЛЬЕВА

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

В настоящее время сохраняется неблагоприятная эпидемическая ситуация по туберкулезу, обусловленная нестабильной экономической ситуацией, миграцией населения, увеличением числа больных, выделяющих микобактерии туберкулеза (МБТ), в том числе лекарственно-устойчивые.

Цель исследования: анализ методов выявления детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции с учетом их эпидемической и социальной характеристики.

Материалы и методы. Обследованы 218 детей на базе туберкулезного отделения ДИБ № 3

за 2010-2012 гг. Всем пациентам проведен комплекс углубленного фтизиатрического обследования. С учетом результатов диагностики были выделены 3 группы наблюдения: 1-я группа – 126 детей, которым был установлен диагноз активного туберкулеза органов дыхания; 2-я группа – 36 детей с впервые диагностированными спонтанно-сформированными остаточными изменениями и 3-я группа – 56 детей, инфицированных МБТ, у которых заболевание туберкулезом было исключено.

Результаты. Ведущим методом выявления туберкулеза у детей всех групп была туберкулинодиагностика. Дети, больные активным туберкулезом, выявлены с помощью данного метода в 56,25% случаев, дети со спонтанно-сформированными остаточными изменениями еще чаще – в 70,28%, а дети, инфицированные МБТ, – в 93,05% случаев. Из очагов туберкулезной инфекции чаще выявлялись дети с активными формами туберкулеза: более чем в $1/3$ случаев – 37,41%; дети с ОИ – в $1/4$ случаев – 26,19%. Детей, инфицированных МБТ без развития заболевания туберкулезом, выявленных из очагов туберкулезной инфекции, было незначительное число (5,36%). Несмотря на наличие у многих пациентов хронической патологии, из поликлинических групп риска случаев выявления туберкулеза не было. Часть детей была выявлена по заболеванию: детей с активными формами туберкулеза – 6,34%; детей с впервые выявленными остаточными изменениями – 3,53% и у одного ребенка было определено инфицирование МБТ.

При дальнейшем обследовании детей в стационаре обнаружено, что пациенты 1-й группы находились в очагах туберкулезной инфекции более чем в половине случаев (53,97%), пациенты 2-й группы – в $1/3$ случаев (29,78%), а дети, инфицированные МБТ, – в 12,28% случаев, что свидетельствовало о недостаточном выявлении эпидемическим методом, что обуславливалось часто и социальным статусом пациентов. Около $2/3$ детей с активными формами заболевания (64,29%) были из социально-неблагополучных семей (приезжие из бывших стран СНГ, дети из детских домов, семей с недостаточным экономическим уровнем жизни, несознательным отношением к обследованию и лечению их детей). У детей со спонтанно-сформированными остаточными изменениями неблагополучный статус семей был выявлен почти в половине случаев (47,22%), а у детей, у которых диагноз туберкулеза был исключен, наиболее редко – в $1/3$ (33,93%) случаев.

Специфическая химиопрофилактика была проведена пациентам 1-й группы в 42,06% случаев и несколько чаще детям 2-й группы – 61,11%. Достаточно часто имели место несвоевременные сроки химиопрофилактики (более 3 мес. от выра-

жения 2-й группы), преобладало амбулаторное проведение в большинстве случаев (71,70 и 81,82% 1-й и 2-й групп соответственно), а также несознательное отношение взрослых к здоровью их детей, что способствовало недостаточной эффективности химиопрофилактики. У детей, инфицированных МБТ, химиопрофилактика была проведена в 38,57% случаев. В данной группе наблюдения были отмечены часто более ранние сроки проведения химиопрофилактики (своевременно более половины детей). Также более благоприятные социально-эпидемические условия, более высокий уровень лекарственной устойчивости возбудителя у данных детей способствовали предотвращению развития у них локальных форм заболевания.

Анализ структуры клинических форм туберкулеза у детей 1-й и 2-й групп показал, что туберкулез внутригрудных лимфатических узлов был преобладающим у детей с активным туберкулезом и у детей с впервые выявленными остаточными изменениями. Данная форма выявлялась в 1-й группе в 63,40% случаев (малая форма – в 36,50% и инфильтративная форма – в 26,90% случаев). Осложненное течение первичных форм туберкулеза было выявлено у 18,25% пациентов. Туберкулезная интоксикация, первичный туберкулезный комплекс отмечались в 6,25 и 4,76% случаев соответственно, генерализованные первичные формы у 4,76% пациентов. Инфильтративную форму перенесли 3 подростка в возрасте 12-14 лет, что составило 2,38%. У пациентов 1-й группы преобладало выявление заболевания в фазе начинающегося обратного развития (55,83%), в фазу инфильтрации – у 40,84%, хроническое течение первичного туберкулеза – в 3,33% случаев.

У детей 2-й группы в основном спонтанно сформированные остаточные изменения были диагностированы в фазе кальцинации в 97,22% случаев, в остальных случаях в фазе уплотнения – в 2,78%. Преобладало формирование остаточных изменений во внутригрудных лимфатических узлах – в 91,67% случаев. Остаточные изменения, сформированные в результате спонтанного течения первичного туберкулезного комплекса, имелись только у 8,33% пациентов.

Дети 3-й группы, у которых было исключено развитие заболевания туберкулезом, чаще были инфицированы МБТ с гиперергической чувствительностью к туберкулину (67,86%). Сопутствующие острые и хронические заболевания у данных детей требовали дифференциальной диагностики с туберкулезом. Хроническая сопутствующая патология отмечалась у 37,5%: хронические заболевания ЛОР-органов, аллергические заболевания, неврологическая патология, неспецифические острые пневмонии, затяжные бронхиты. Таким образом, большинство детей данной группы являлись группой риска по раз-

витию туберкулеза, которые должны наблюдаться в поликлинике и обследоваться фтизиатром амбулаторно.

Выводы. 1. Ведущим методом выявления туберкулезной инфекции является туберкулинодиагностика.

2. Выявление в очагах туберкулезной инфекции часто происходит уже при развитии заболевания туберкулезом.

3. Поликлинические группы риска недостаточно обследуются на амбулаторном этапе.

4. Достаточно часто имеет место выявление туберкулеза в фазе неполного обратного развития, а также спонтанно-сформированных остаточных изменений.

5. Специфическая химиопрофилактика, проводимая несвоевременно и неконтролируемо, не оказывает влияния на течение туберкулезной инфекции.