

Г.А. ХАМЗИНА

Главный врач детского противотуберкулезного санатория №1, к.м.н.  
Алматы

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ

*В статье анализированы методы выявления туберкулеза у детей. В ходе анализа методов выявления туберкулеза у детей и подростков, имевших контакт с больным туберкулезом, только 20 – 30% детей из очага туберкулезной инфекции выявляются при обследовании по контакту. У детей проживающих в очагах туберкулезной инфекции, выявляются преимущественно тяжелые и осложненные формы туберкулеза.*

**Ключевые слова:** туберкулез, методы выявления, дети, подростки, контактная инфекция, очаг инфекции

Туберкулез является глобальной проблемой общественного здравоохранения, и представляет серьезную угрозу здоровью населения. Причиной широкого распространения туберкулеза является его инфекционная природа. Способствующими факторами в увеличении заболеваемости туберкулезом детей являются: рост заболеваемости среди взрослого населения, позднее выявление больных в семье и близком окружении ребенка, увеличение числа больных, выделяющих резистентные штаммы микобактерий туберкулеза (МБТ), миграция населения.

Основными функциями детского противотуберкулезного санатория №1 являются: реализации DOTS стратегии и обеспечение контролируемой химиотерапии на втором этапе лечения (поддерживающая фаза) больных туберкулезом, оздоровление и лечение детей из группы риска. Основными цели работы санатория: полный охват и изоляция контактных детей из очагов туберкулезной инфекции, предупреждение развития локальных форм туберкулеза у инфицированных детей, профилактика прогрессирования локального процесса.

Профилактика, раннее выявление и лечение туберкулеза у детей является важнейшим разделом комплексного плана борьбы с туберкулезом. От организационно-методической работы противотуберкулезной службы во многом зависит успех раннего выявления и профилактики туберкулеза среди детей. Поэтому вопросы организации борьбы с туберкулезом у детей и подростков занимают большое место в деятельности противотуберкулезных учреждений.

Методика и организация борьбы с туберкулезом у детей имеет свои особенности, связанные с характером первичной инфекции, преобладающей в этом возрасте, биологическими возрастными особенностями, а также организационными мероприятиями.

В санаторий поступают дети из 4-х противотуберкулезных диспансеров города Алматы и НЦПТ РК, от 1 года до 14 лет. В санаторий направляются активные больные на поддерживающую терапию переведенные из НЦПТ РК после интенсивной фазы лечения (первичный туберкулезный комплекс, туберкулез внутригрудных лимфоузлов, плеврит, инфильтративный туберкулез легких), из группы риска (выраженные, инфицированные с гиперреакцией на туберкулин), контактные дети с больными туберкулезом.

Отсутствие характерных клинических симптомов туберкулеза у детей создает значительные трудности в диагностике заболевания. Туберкулез у детей часто протекает под масками разных заболеваний – острых респираторных вирусных инфекций, бронхита и других и характеризуется преимущественно малосимптомным началом. «Клиника человека не знает другого заболевания, которое по разнообразию форм, течения и исходов могло бы конкурировать с туберкулезом», – писал А.Д.Сперанский. Поэтому основным условием своевременной диагностики туберкулеза является только комплексное обследование пациента.

Выявление детей, нуждающихся в консультации фтизиатра, осуществляется педиатрами на участках и в стационарах. Педиатру необходимо обращать внимание на группы риска по развитию заболевания туберкулезом среди детей и своевременно направлять на консультацию к фтизиатру.

Для диагностики туберкулеза применяется комплекс обязательных методов обследования, которые включают:

1. Сбор анамнеза: выявление источника и путей инфицирования ребенка, выявление неблагоприятных медицинских и социальных факторов, четкая оценка динамики туберкулиновой чувствительности по пробе Манту.
2. Выявление жалоб. Обращать внимание на ухудшение аппетита, быструю утомляемость, снижение памяти, головные боли; повышение температуры до субфебрильных цифр и др.
3. объективный осмотр пациента с обязательным использованием физикальных методов исследования.
4. Лабораторное и инструментальное исследования:
  - 1) клинический анализ крови позволяет выявить анемию и лимфопению, лейкоцитоз, моноцитоз, ускорение СОЭ;
  - 2) общий анализ мочи.
  - 3) исследование мокроты, мазка с задней стенки глотки с целью обнаружения МБТ производится не менее 3 раз;
  - 4) рентгенологическое исследование позволяет визуализировать изменения в легочных полях и/или внутригрудных лимфатических узлах.
  - 5) анализ туберкулиновой чувствительности (проба Манту);

Бактериоскопический метод – исследование является наиболее быстрым, простым и дешевым методом выявления кислотоустойчивых микобактерий. Однако бактериоскопический метод позволяет обнаружить микобактерии при содержании не менее 5000–10 000 в 1 мл исследуемого материала. Микроскопическое обнаружение кислотоустойчивых микобактерий не позволяет дифференцировать возбудителя туберкулеза от атипичных и сапрофитных микобактерий.

Массовая туберкулинодиагностика направлена на:

- раннее выявление туберкулеза у детей и подростков из групп риска по данному заболеванию;
- изучение инфицированности МБТ и ежегодного риска первичного инфицирования.

Туберкулиновые пробы не позволяют судить о напряженности противотуберкулезного иммунитета.

На консультацию к фтизиатру направляют детей из групп риска по развитию туберкулеза.

Группы риска:

1. Впервые инфицированные МБТ. Факт первичного инфицирования устанавливается по «виражу» туберкулиновой реакции.
2. Инфицированные лица с гиперергической чувствительностью к туберкулину, которая определяется по размеру инфильтрата 17 мм и более, наличию везикуло-некротических реакций в месте внутрикожного введения туберкулина.
3. Инфицированные МБТ лица с нарастанием туберкулиновой чувствительности. Нарастание чувствительности к туберкулину определяется по увеличению размера инфильтрата на 6 мм и более по сравнению с предыдущим годом.

В консультации фтизиатра также нуждаются следующие дети и подростки:

- лица с неясной этиологией аллергии к туберкулину – если в данное время не представляется возможным решить вопрос о причине положительной реакции на туберкулин.
- инфицированные МБТ лица, если им проба Манту проводилась нерегулярно.

Большое внимание следует уделять выявлению источника заражения детей МБТ. Пути инфицирования детей и подростков зависят от характера источника инфекции.

1. Аэрогенный путь – контакт с больными активными формами туберкулеза лицами, особенно с бактериовыделением.
2. Алиментарный путь – употребление инфицированного молока и термически необработанных молочных продуктов от больных туберкулезом животных.
3. Контактный путь – при проникновении МБТ через поврежденную кожу и слизистые.
4. Трансплацентарный путь – редкий. МБТ проникают через пупочную вену в плод.

Анализируя методы выявления туберкулеза у детей, необходимо особо выделить выявление заболевания при обследовании по контакту с больным туберкулезом. Это не случайно, так как туберкулез относится к "капельным" инфекциям, распространяющимся при кашле, чиханье, разговоре, поэтому наибольшую эпидемическую опасность представляет непосредственный контакт с больным туберкулезом. По данным разных авторов, около 40–60% и более заболевших туберкулезом детей и подростков проживали в известных очагах туберкулезной инфекции. К этому следует добавить еще около 30% очагов, ранее не известных диспансеру, когда источник инфекции выявлен по факту заболевания туберкулезом ребенка или подростка или в анамнезе заболевшего ребенка имел место случайный (эпизодический) контакт с больным туберкулезом.

В ходе анализа методов выявления туберкулеза у детей и подростков, имевших контакт с больным туберкулезом, только 20 – 30% детей из очага туберкулезной инфекции выявляются при обследовании по контакту. У детей проживающих в очагах туберкулезной инфекции, выявляются преимущественно тяжелые и осложненные формы туберкулеза. Эти факты подчеркивают опасность контакта с больным туберкулезом и одновременно отражают неудовлетворительную профилактическую работу в очагах туберкулезной инфекции.

Начальные проявления туберкулезного процесса скудные: снижение аппетита, массы тела, утомляемость, раздражительность, периодически подъемы температуры до субфебрильных цифр и др.

Изменение температуры при туберкулезе у детей отличается значительным разнообразием. Чаще всего она бывает субфебрильной. Иногда отмечаются значительные колебания температуры в утреннее и вечернее время. Кашель появляется при осложненном течении туберкулеза у детей. В начале заболевания кашель не является ведущим симптомом. Профилактические флюорографические медицинские осмотры проводят подросткам в возрасте 15 и 17 лет. Если найдены изменения на флюорограмме, пациент углубленно обследуется у фтизиатра.

В детском противотуберкулезном санаторий № 1 хорошо организованы условия для лечения, оздоровления, соблюдения гигиенического режима, 6-разовое полноценное питание, комплекс упражнений, спортивных игр проводимых на свежем воздухе. Основным методом лечения остается применение антибактериальных препаратов с учетом переносимости. Наряду с антибактериальной терапией широко применяются: витаминотерапия, иммуномодуляторы, гепатопротекторы, десенсибилизирующие препараты, физиолечение, ЛФК, массаж.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России. Проблемы туберкулеза. – 2002. - 1.
- 2 Мельник В.М., Мыколышин Л.И. Туберкулиновая чувствительность у больных туберкулезом детей раннего и дошкольного возраста. Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2003. - 8.
- 3 Овсянкина Е.С., Губкина М.Ф. Сложности диагностики туберкулеза органов дыхания без бактериовыделения у детей и подростков. Сб. науч. трудов к 100-летию туберкулезной больницы №6. - М.: 2005. - С. 180–5.
- 4 Овсянкина Е.С., Заховаева Е.Н., Губкина М.Ф. и др. К вопросу о выявлении туберкулеза у детей и подростков в условиях соматического стационара. Науч. труды к 75-летию ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы. Под ред. В.И.Литвинова. - М.: 2001. - С. 96–7.
- 5 Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия. - М.: 1996. - С. 75–86.
- 6 Туберкулез у детей и подростков. Под ред. Е.Н.Янченко, М.С.Греймер. - СПб.: Гиппократ, 1999.
- 7 Шепелева Л.П. О рентгенологических исследованиях в детской фтизиатрии. Проблемы туберкулеза. –1997. –2.– С. 19–20.

**G.A. KHAMZINA**  
IMPROVING THE ORGANIZATION OF TB IN CHILDREN

**Resume:** The article analyzes the methods of detecting TB in children. The analysis methods for detection of tuberculosis in children and adolescents who had contact with TB patients, only 20 - 30% of children from the source of TB infection identified in the survey on contact. Children living in areas of TB infection found mostly heavy and complicated forms of TB.

**Keywords:** tuberculosis, metodyvyyavleniya, children, adolescents, direct infection, the site of infection