

пия тяжелых форм БОС предусматривает в/в назначение раствора Э и гормонов. Использование НБ у детей с ДН-I при БОС исключает необходимость применения инфузионной терапии и значительно быстрее обращает вспять клинические симптомы. При ДН-II ингалиций НБ недостаточно для купирования БОС, что свидетельствует о более тяжелой форме болезни у данной группы больных. Но введение этого препарата в схему лечения наряду с инфузионной терапией способствует сокращению сроков купирования обструкции бронхов более чем в 3 раза.

Выводы

1. СЛГ чаще встречается у детей в возрасте от 2 до 3 лет.

2. Факторами риска для развития СЛГ и формирования на его фоне БОС являются возраст детей до двух лет и наличие в анамнезе сочетания ППЦНС, АД и повторных эпизодов СЛГ.

3. Раннее введение в схему лечения СЛГ ингалиций НБ позволяет исключить возможность развития БОС.

4. Для купирования БОС при СЛГ с клиникой ДН-I инфузионная терапия может быть заменена ингалициями НБ, который значительно сокращает длительность сохранения клинических симптомов.

5. Применение ингалиций НБ наряду с инфузионной терапией при СЛГ с клиникой ДН-II позволяет в 3 раза быстрее купировать БОС.

6. Небулайзер-терапия, являясь неинвазивным, эффективным и безопасным методом лечения, значительно облегчает технику введения препаратов у детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каганов С.Ю. Решенные и нерешенные проблемы аллергических болезней легких у детей // Росс. вест. перинатол. и педиатр. 1995. № 1. С.11-15.
2. Качанцева М.А., Макаров Ф.К. Результаты лечения обструктивного бронхита у детей с использованием бронхолитических препаратов в рандомизированном исследовании// Национальный конгресс «Человек и лекарство», 4-й: Тез. докл. М., 1997. С.221.
3. Лещенко И.В., Бушуев А.В., Науменко А.В. Опыт применения ингалиций беродуала в неотложной терапии бронхиальной астмы// Клини. мед. 1997. № 12. С.55-56.
4. Савенкова М.С., Учайкин В.Ф., Карасева Е.И. Местная аэрозольная терапия крупа у детей// Национальный конгресс «Человек и лекарство», 3-й: Тез. докл. М., 1996. С.314.
5. Тюрин Н.А., Кузьменко Л.Г. Эуфиллин в лечении бронхиальной астмы у детей// Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 7-й: Сб. резюме. М., 1997. С.237.

6. Царькова С.А., Ястребова Е.Б., Старикова М.Г. Небулайзер-терапия бронхообструктивного синдрома при ОРВИ у детей раннего возраста// Всеросс. науч. конф. «Гомеостаз и инфекционный процесс», 2-я: Тез. докл. Саратов, 1998. С.110.
7. Bruc K. Rubin., Gary M. Albers. Use anticholinergic bronchodilation in children// Amer J. Med. 1996. Vol. 100, №1. P. 49-53.
8. Fitzgerald D., Mellis C., Johnson M. et al. Nebulized budesonide is as effective as nebulized adrenaline in moderately severe croup// Pediatrics. 1996. Vol. 97, №5 P.722-725.
9. Folland D.S. Treatment of croup. Sending an improved child and relived parents// Postgrad Med. 1997. Vol. 101, №3. P. 271-273.
10. Jensen M.K., Lund B., Nielsen J.P. Pseudocroup Treatment in hospital// Ugeskr Laeger. 1994. Vol. 156, № 45. P. 6657-6660.

УДК 616.9-614.4

Ю.П. Чугаев

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ФТИЗИО-ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЛОЖИВШЕЙСЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКЕ

Уральская государственная медицинская академия

Рост показателей заболеваемости, болезненности, бациллярности и ухудшение структуры клинических форм туберкулеза с увеличением числа инкурабельных больных, происходящие параллельно с ухудшением качества жизни населения, реально угрожают распространением туберкулезной инфекции среди детей и подростков, что обязывает оптимизировать известные противотуберкулезные мероприятия, отдав приоритеты ранней диагностике и профилактике туберкулеза среди детей и подростков.

Технологи диагностики предусматривают плановую и по индивидуальным показателям туберкулинодиагностику, целенаправленные диагностические мероприятия лицам из контактов, а также своевременное выделение из числа обратившихся за медицинской помощью больных туберкулезом. Казалось бы, что планирование, постановка, прочтение, регистрация и трактовка результатов туберкулинодиагностики - процессы давно отработанные и врачам известные, но именно на этом этапе происходит основной недобор потенциальных больных. Так, охват туберкулинодиагностикой в Уральском регионе колеблется от 78 до 99% от показанных контингентов, а показатель риска ежегодного инфицирования - в пределах от 0,46 до 3,5%, что никак не коррелирует с показателями заболеваемости. При средней заболеваемо-

сти населения туберкулезом 80 на 100 тыс. популяции показатель риска ежегодного инфицирования должен составлять 1,6(±0,2)%. То есть имеются территории с гиподиагностикой выража туберкулиновых реакций и территории, где неудовлетворительно осуществляется дифференциальная диагностика поствакцинной аллергии и завышен показатель риска ежегодного инфицирования. Сказанное подтверждают данные о разбросе показателей риска ежегодного инфицирования у населения, проживающего в идентичных условиях, но разделенных только условной административной границей, а туберкулезу, как известно, границы несведомы. Совершенствование знаний занимающегося туберкулинодиагностикой медицинского персонала, в частности, обучение единократным подходам к дифференциальной диагностике истинной и поствакцинной аллергии, позволяет приблизиться к объективному показателю первичного инфицирования в территориях.

В зависимости от того, насколько эффективно организован догоспитальный скрининговый этап диагностики, зависит число направленных и обследованных в диспансере пациентов, а они формируют эпидемиологический показатель заболеваемости. Этот показатель в Уральском регионе также разновеликий: от 4,6 до 14,3 на 100 тыс. детского населения. Расчетные данные таковы, что при общей заболеваемости туберкулезом около 80 на 100 тыс. населения должен быть показатель заболеваемости детей 10-13 на 100 тыс. детей. Таким образом, в территориях, показатели которых резко отличаются от расчетных, показано дообследование всех туберкулинположительных лиц, причем, где нет кадров и специализированного учреждения, работу следует организовывать по экспедиционному принципу с неслучайным участием в пересмотре контингентов врачей общей лечебной сети.

Другим направлением, позволяющим улучшить ситуацию по туберкулезу среди детей, следует считать работу с контактными лицами, заболеваемость туберкулезом среди которых в 46-50 раз выше, чем среди детей вообще. Именно среди этих контингентов наиболее эффективно применены контролируемой химиофилактики, дающей практически 100-процентный протективный эффект. Но контролируемая химиофилактика проводится не более, чем 8-12% детей, в ней нуждающихся, а в специализированных санаториях и санаторных детских дошкольных учреждениях для туберкулинположительных лиц оздоравливаются непоказанные контингенты.

Типичной организационной недоработкой фтизиопедиатрической службы, характерной для всех территорий Урала, следует считать неэффективное использование специализированных комбинатов для туберкулинположительных детей и детских туберкулезных санаториев, заполненных показанными контингентами лишь на 25-35%, в

остальном - это либо здоровые, либо часто болеющие дети, не имеющие никакого отношения к фтизиатрическим проблемам. Таким образом, каких-либо материальных или кадровых проблем с организацией контролируемой химиофилактики и контроля за контингентами нулевой, четвертой и шестой групп у фтизиопедиатров Урала нет.

Заболевшие чем-либо, в том числе и туберкулезом, дети и подростки обычно за помощью обращаются к специалистам общей лечебной сети, и от степени информированности последних о проявлениях туберкулеза зависит своевременность направления заболевших в противотуберкулезный диспансер. При существующей заболеваемости детей туберкулезом участковый врач имеет шанс встретиться с одним больным туберкулезом раз в 10-20 лет, поэтому трудно удержать в памяти особенности клинического проявления болезни, и специалистам детской и подростковой служб достаточно знать наиболее уязвимые по туберкулезу контингенты, именуемые обычно группами риска. О туберкулезе необходимо вспоминать всякий раз, когда пациент имел или имеет контакт с болеющим туберкулезом в активной фазе, пребывает в периоде первичного инфицирования, у него нет поствакцинного кожного знака БЦЖ, туберкулиновая чувствительность на гиперергическом уровне или нарастает, а также клинко-рентгенологически определяется патология в каудоанкальных сегментах легких. Один или сочетание нескольких вышеизложенных признаков позволяют заподозрить туберкулез и, следовательно, направить пациента для консультирования в противотуберкулезный диспансер. Туберкулезная этиология весьма вероятна при верхнедолевой локализации процесса у лиц с вторичными половыми признаками, инфицированными МБТ 2-3 года назад и имеющими один-два поствакцинные кожных знака БЦЖ или не имеющими их вовсе. Внедрение в практику общей лечебной сети хотя бы этих пополнений - групп риска - сокращает догоспитальный этап диагностики в 3-6 раз, позволяет своевременно ограничить контакты с источником инфекции и способствует более быстрому и качественному излечению.

Среди профилактических туберкулезных мероприятий вакцинапрофилактика занимает ключевое место, однако развернувшаяся в последние годы дискуссия о целесообразности вакцинации новорожденных и переносе ее на возраст 2-3 года, предложения о выборочной вакцинации только специально отобранных контингентов требуют четкого определения позиций.

Основной мотив, позволяющий ставить вопрос об изменении графика прививок и переносе вакцинации БЦЖ на более поздний срок, связан с риском развития осложнений прививочного процесса, который для новорожденных составляет по различным регионам Урала от 0,02 до 0,04%. Более 99,9% осложнений относятся к первой катего-

рин и представляют собой либо язву, связанную с подкожным введением антигена, либо левосторонний подмышечный лимфаденит БЦЖ этиологии, определяемый также как микобактериоз БЦЖ. Первое из осложнений зависит от инструментария и рук, этим инструментарием пользующихся, второе - микобактериоз - связано с изменением иммунологического профиля новорожденных или введением избыточного числа живых микробных тел. И если иммунологический профиль новорожденного почти всегда загадка для назначающего прививку специалиста, то лимит живых микробных тел в прививочной дозе ограничен стандартом, и в тех ситуациях, когда осложнения наиболее вероятны и оговорены в перечне противопоказаний, необходимо использование малореактогенной вакцины БЦЖ-М. Строгое соблюдение правил допривития лиц, имевших противопоказания в родовспомогательном учреждении, риск осложнений сводит до расчетных цифр. Другие, более серьезные осложнения, квалифицируемые как генерализованная БЦЖ-инфекция без летального исхода и относящиеся ко второй категории осложнений, чаще всего также связаны с врожденным искажением иммунологического профиля и наиболее часто проявляются в виде оститов трубчатых костей. Осложнения второй категории составляют менее 0,01% от числа всех осложнений вакцинного БЦЖ - процесса, развиваются на фоне врожденного иммунодефицита и требуют терапии по протоколам лечения костного туберкулеза. Несмотря на вышесказанное и то, что на один случай локального туберкулеза у детей приходится 17-20 осложнений вакцинного процесса, охват новорожденных прививками БЦЖ сокращаться в современной эпидемиологической ситуации не должен. Вакцинация БЦЖ, повышая резистентность к туберкулезной инфекции и имея протективный индекс 0,82-0,86, предотвращает новые случаи заболевания, а среди заболевших позитивно изменяет структуру клинических форм и облегчает течение болезни. Вакцинация БЦЖ, проведенная на третий-четвертый день жизни, позволяет "заселить" иммунокомпетентные образования, в частности, лимфатический аппарат новорожденно-го авирулентным штаммом микобактерий и получить эффект интерференции микроорганизмов. Переход на селективную вакцинопрофилактику туберкулеза при существующей эпидемиологической ситуации нецелесообразен: так, расчетные данные показывают, что количество предупред-

денных вакцинацией случаев туберкулеза у детей будет меньше, чем число осложнений от прививок при риске ежегодного инфицирования менее 0,1% в год.

Настрой фтизиопедиатров Урала на максимальное использование вакцинации БЦЖ в системе противотуберкулезных мероприятий привел практически к 100-процентному охвату показанных к прививкам новорожденных. В то же время от 3 до 15% новорожденных попадают под медицинские противопоказания и выписываются из родовспомогательных учреждений под наблюдение участковой службы. Проведенный анализ причин отводов новорожденных от вакцинации БЦЖ выявил, что 45-52% детей имели неврологическую симптоматику, так или иначе связанную с гипоксической энцефалопатией различного генеза, а патологические знаки у них сохранялись от нескольких недель до многих лет. Трехлетний опыт родовспомогательных учреждений г. Екатеринбург, проводящих вакцинопрофилактику туберкулеза новорожденным по миновании острых явлений гипоксической энцефалопатии, но при наличии резидуальной неврологической симптоматики, показал, что маркеры вакцинации у этих детей не отличаются от таковых у родившихся без патологии, а число постпрививочных осложнений не нарастает. Подобный подход позволяет вдвое уменьшить число детей, выписываемых без прививки под наблюдение участковой службы.

В условиях ограниченного финансирования фтизиатрической службы адаптация и внедрение в практику новых диагностических технологий, таких как полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ и т.п., затруднены. Необходимо повысить эффективность уже работающих диагностических технологий, т.к. их резервы далеко не исчерпаны. С вакцинацией БЦЖ в Уральском регионе дела обстоят вполне удовлетворительно, но и здесь есть резервы: разумный пересмотр медицинских противопоказаний к вакцинации и ревакцинациям, оформленный в виде региональных приказов, несомненно, увеличит число лиц с постпрививочным иммунитетом. Необходимо переоценить значение специализированных туберкулезных детских санаториев и групп для туберкулинположительных детей, разумное использование которых в значительной степени повысит охват показанных лиц контролируемой химиопрфилактикой.