

в Кировской области - 33,5%, в Удмуртии - 27,5%, в Пермской - 21,9% и Свердловской - 20,6% - областях.

Другим путем уменьшения контингентов больных активными формами туберкулеза является их излечение. Чрезвычайно важно добиться наилучшего результата в первый год после выявления заболевания. Прекращения бактериовыделения в целом по России удалось добиться у 73,5% впервые выявленных больных, закрытия полостей распада - у 63,5%. В курируемых территориях Уральского НИИ фтизиопульмонологии прекращения бактериовыделения колебалось от 57,0% в Курганской области до 89,1% в Оренбургской, закрытие деструкций легочной ткани - от 49,6 до 80,2% в этих же территориях. Для повышения эффективности лечения впервые выявленных больных необходимо прежде всего обеспечить своевременное их выявление, чтобы "получить" курабельные формы туберкулеза, а с другой стороны - использовать весь арсенал современных технологий лечения. Среди этих технологий важное место занимает хирургическое лечение туберкулеза. Показатель хирургической активности по России составил 3,0%. В Уральском регионе из числа больных активными формами туберкулеза оперировано в течение года всего 3,8%, тогда как в Волго-Вятском - 5,0%. Хуже всего работа по использованию хирургических методов лечения поставлена в Свердловской области и Удмуртии: 2,0 и 2,7% соответственно. Традиционно наиболее высокие показатели хирургической активности регистрируются в Мордовии - 11,7%, в Кировской области - 6,6%, в Башкортостане - 6,1% и в Оренбургской области - 5,1%.

Важнейшим показателем, характеризующим уровень лечебной работы и диспансерного наблюдения, является "клиническое излечение". По России этот показатель составил 17,2%, в Уральском регионе - 18,2%, в Волго-Вятском - 18,8%. Самые высокие показатели отмечены в Башкортостане - 24,3%, Оренбургской области - 23,2%, Мордовии - 20,3%, Кировской области - 19,6% и Челябинской области - 19,1%. При этом нет оснований предполагать преждевременный перевод пациентов из активных групп диспансерного учета в неактивные в связи с небольшим числом рецидивов туберкулезного процесса в этих территориях.

Для углубленной оценки эпидситуации по туберкулезу в территориях курации Уральского НИИ фтизиопульмонологии нами был использован критерий дисперсии основных показателей. Близкие по климатико-географическим, социальным, экономическим и экологическим характеристикам территории, объединенные в "регионы", можно сравнивать друг с другом, т. к. на население, проживающее на этих территориях, воздействуют примерно одни и те же факторы. Поэтому различия в показателях могут определяться главным образом уровнем и качеством управления противотуберкулезными мероприятиями в территории. Рост показателя дисперсии характеризует ослабление контроля за эпидемическим процессом и свидетельствует об уменьшении его управляемости. Другими словами, управляющие воздействия на процессы либо неадекватны, либо недостаточно подкреплены материально. Именно эта тенденция зарегистрирована последние годы в территориях курации института (табл. 2, 3).

В территориях Волго-Вятского региона в последний год прослежена тенденция уменьшения дисперсии основных показателей: смертности от туберкулеза с 8,4 до 2,2, заболеваемости - с 36,2 до 34,3, распространенности - с 80,4 до 59,6 (табл. 2). При этом предыдущие годы регистрировался только рост этого критерия. Тенденцию уменьшения дисперсии показателей следует расценивать как положительную, т. к. "сближение" основных эпидемиологических показателей в разных областях и республиках свидетельствует о более высоком уровне управления противотуберкулезными мероприятиями. "Отстающие" территории стремятся "подтянуться" до более высокого уровня, тем самым уменьшая разброс (дисперсию) показателей. Можно высказать гипотезу о том, что уменьшение критерия дисперсии основных показателей свидетельствует о первых признаках начинающейся стабилизации эпидемической ситуации в Волго-Вятском регионе.

К сожалению, такой тенденции нельзя отметить в территориях Урала (табл. 3).

В Уральском регионе только дисперсия показателя смертности уменьшилась в 1997 г. с 19,8 до 16,0. Дисперсия других показателей - заболеваемости и болезненности туберкулезом - продолжает расти, что свидетельствует о неравномерности развития эпидемического процесса в разных территориях, что,

в свою очередь, зависит от разного уровня управления противотуберкулезными мероприятиями. Следует сделать вывод, что эпидемическая ситуация по туберкулезу в Уральском регионе далека от стабилизации.

В заключение необходимо отметить, что эпидемический процесс в Волго-Вятском и Уральском регионах, как и России в целом, характеризуется тенденциями распространения заболевания. При этом, несмотря на то, что ведущими являются социально-экономические факторы, в деятельности здравоохранения имеются неиспользованные резервы: к примеру, недостаточно поставлена работа по выявлению туберкулеза, особенно из "групп риска", неполностью используется весь арсенал лечебных методов, в частности, хирургическое лечение и др. Эти резервы необходимо реализовать, не дожидаясь увеличения финансирования.

Использование критерия дисперсии показателей позволяет предположить о появлении первых признаков стабилизации эпидситуации в Волго-Вятском регионе, которые пока еще не отразились на самих эпидемиологических показателях. На наш взгляд, критерий дисперсии может служить для оценки эффективности управленческих воздействий, а также - для прогнозирования развития эпидемических процессов.

#### 41

### НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ФТИЗИОПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЛОЖИВШЕЙСЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКЕ

Чугаев Ю.П.

Уральская государственная медицинская академия,  
Уральский НИИ фтизиопульмонологии,  
Городское НПО «Фтизиопульмонология», г. Екатеринбург

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. Изложенное обязывает оптимизировать известные противотуберкулезные мероприятия, отдавая приоритеты ранней диагностике и профилактике туберкулеза среди детей и подростков.

Технологии диагностики предусматривают плановую и по индивидуальным показаниям туберкулинодиагностику, целенаправленные диагностические мероприятия лицам из контактов, а также своевременное выявление 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 заболеваемости 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 поставленной аллергии и имеет место завышенный показатель риска ежегодного инфицирования. Сказанное подтверждает данные о разбросе показателей риска ежегодного инфицирования у населения, проживающего в идентичных условиях, но разделенных только условной административной границей, а туберкулезу, как известно, границы неведомы. Совершенствование знаний занимающегося туберкулинодиагностикой медицинского персонала, в частности, обучение единообразным подходам к дифференциальной диагностике истинной и поставочной 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

ти. Этот показатель в Уральском регионе также разноречивый: 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. 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 непрерывным 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 применение контролируемой химиопрофилактики, дающей практически 100-процентный протективный эффект. Но контролируемая химиопрофилактика 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, каковы бы материальные или кадровые проблемы с организацией контролируемой химиопрофилактики 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 поствакцинального кожного знака БЦЖ, туберкулиновая чувствительность на гиперергическом уровне или нарастает, а также клинко-рентгенологически определяется патология в каудоапикальных сегментах легких. Один или сочетание нескольких вышеизложенных признаков позволяют туберкулез заподозрить и, следовательно, направить пациента для консультативного и противотуберкулезного диспансера. Туберкулезная этиология весьма вероятна при верхнедолевой локализации процесса у лиц с вторичными половыми признаками, инфицированными МБТ 2-3 года назад и имеющими один-два поствакцинальных 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 вакцинопрофилактика 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 категории и представляет собой либо язву, связанную с подкожным введением антигена, либо левосторонний подмышечный лимфаденит БЦЖ этиоло-

гии, 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 задан для назначавшего 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 доприятия 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 остеоитов 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 вышеизложенное и то, что на один случай локального туберкулеза у детей приходится 17-20 осложнений вакцинного процесса, охват новорожденных прививками БЦЖ сокращается 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 новорожденного авирулентным штаммом микобактерий и получить эффект интерференции микроорганизмов. Переход на селективную вакцинопрофилактику туберкулеза при существующей эпидемиологической ситуации нецелесообразен: так, расчетные данные показывают, что количество предупрежденных 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 охват родовспомогательных учреждений г. Екатеринбурга, проводящих вакцинопрофилактику туберкулеза новорожденным по минованию 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.

#### **Заключение.**

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 химиопрофилактикой.