

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 2 (1524)

Проблемы противотуберкулезной помощи детям тесно связаны со сложившейся эпидемической ситуацией, которая в России с 1991 г. остается напряженной, несмотря на стабилизацию в последние годы. Анализ причин этой ситуации убедительно продемонстрировал, что борьба с туберкулезом – это не только медицинская проблема, во многом она определяется социальными условиями жизни общества, семьи. Семья как часть общества не может быть в стороне от этих проблем. Это обусловлено, с одной стороны, тем, что ответственность за здоровье ребенка несут родители, с другой стороны, наиболее часто источником заражения детей являются члены семьи.

Также следует учесть, что наиболее высокая заболеваемость туберкулезом регистрируется в группе населения 20-40 лет (детородный возраст). Социальный статус, уровень медицинской грамотности семьи во многом определяют вероятность развития туберкулезной инфекции у детей. Более 60% детей, заболевших туберкулезом, – из семей с различными социальными проблемами (социально дезадаптированные семьи и семьи медико-социального риска).

Как российские, так и иностранные авторы отмечают, что улучшение условий жизни и изоляция источника инфекции – наиболее эффективные средства для уменьшения распространенности туберкулеза в обществе.

Кроме того, рост заболеваемости туберкулезом детей и подростков в Российской Федерации, а затем стабилизация показателя на высоком уровне являются свидетельством того, что сложившаяся и успешно себя зарекомендовавшая в период спада эндемии система противотуберкулезных мероприятий не дает должного эффекта в условиях ее роста. По всем разделам фтизиатрии детского и подросткового возраста есть проблемы, решение которых напрямую связано с новыми подходами к организации противотуберкулезных мероприятий, разработкой новых, научно обоснованных методов профилактики, выявления и диагностики, лечения туберкулеза.

В профилактической работе приоритетными являются направления как по специфической (иммунизация вакциной БЦЖ и превентивная химиотерапия), так и по неспецифической (санитарно-просветительная работа) профилактике туберкулеза. Это звенья одной цепи, так как профилактическая противотуберкулезная работа проводится со здоровыми детьми и будет эффективна при создании у родителей потребности в ней, иначе неизбежен геометрический рост отказов от нее.

Образовательные программы для населения должны отвечать определенным требованиям. Прежде всего, они должны быть адаптированы на различные социальные и возрастные группы населения, а также на здоровых и больных туберкулезом. К участию в проведении образовательных программ должны привлекаться те группы населения, которые способны нести достоверную информацию, полученную от специалистов, занимающихся этой проблемой, в массы: учителя, воспитатели, журналисты, видные общественные деятели и ученые. Материалы, используемые для подготовки образовательных программ, должны быть краткими, информативными и доступными в изложении. Существенное значение имеют их наглядность и позитивный характер.

Вакцинация против туберкулеза является обязательной или рекомендуется во многих странах мира. В государствах, где эти прививки не включены в обязательный календарь, их проводят людям, живущим в неблагополучных социально-бытовых условиях, и выходцам из стран, где много случаев заболевания туберкулезом. Вакцинация против туберкулеза в России является приоритетным методом среди профилактических противотуберкулезных мероприятий среди детей. Отмена вакцинации как массового мероприятия возможна при риске первичного инфицирования микобактериями (МБТ) менее 0,1%. У нас в стране ежегодный риск первичного инфицирования колеблется в среднем от 1,5 до 2%, поэтому нельзя в настоящее время менять условия проведения этого мероприятия во избежание резкого увеличения заболеваемости, прежде всего детей раннего возраста.

К сожалению, родители определяют свое отношение к профилактическим противотуберкулезным мероприятиям на основании материалов в средствах массовой информации, которые представлены не специ-

Туберкулез у детей и подростков

алистами в области фтизиатрии. О низкой мотивации населения к элементарным мерам защиты от инфекции свидетельствует и дискуссия в средствах массовой информации о целесообразности вообще любой вакцинации. В результате в последние годы ухудшается эффективность профилактики туберкулеза и отмечается рост числа отказов родителей от противотуберкулезных мероприятий, назначаемых детям.

Так, в Москве ежегодно снижается охват вакцинацией здоровых новорожденных при выписке из родильных домов и отделений (2009 г. – 86,8%; 2008 г. – 88%; 2007 г. – 88,7%). Это обусловлено ежегодным увеличением числа отказов родителей от вакцинации здоровых новорожденных в родильных домах (2009 г. – 5065 человек; 2008 г. – 3465; 2007 г. – 2481) и детских поликлиниках (2009 г. – 5020; 2008 г. – 4422; 2007 г. – 3528). В результате этого к 2009 г. доля не вакцинированных новорожденных из-за отказа родителей выросла до 3,2%.

Сомнения, как правило, связываются с высокой заболеваемостью детей туберкулезом, несмотря на вакцинацию, и возникновением осложнений на иммунизацию вакциной БЦЖ. Родители отказываются от вакцинации и туберкулинодиагностики своих детей согласно ст. 21 Конституции РФ и не несут при этом никакой ответственности перед обществом в случае заболевания ребенка туберкулезом из-за невыполнения назначений врача.

В то же время история иммунизации вакциной БЦЖ свидетельствует о высокой эффективности этой прививки. Так, в 1961 г. (до введения в практику массовой иммунизации новорожденных) в СССР было зарегистрировано около 4 тыс. случаев туберкулезного менингита у детей. В 1981 г. в СССР было зарегистрировано 222 случая. В России, несмотря на напряженную эпидемическую ситуацию начиная с 1991 г., ежегодно выявляется от 40 до 20 случаев туберкулезного менингита.

В настоящее время в России эффективность иммунизации вакциной БЦЖ, кроме низкой частоты случаев туберкулезного менингита, подтверждается структурой клинических форм впервые выявленного туберкулеза. У иммунизированных вакциной БЦЖ детей даже в случаях заболевания туберкулезом течение болезни легче.

Что касается осложнений, то большая их доля легко устранима и обусловлена техническими погрешностями при проведении иммунизации средним медицинским персоналом. Это требует изменений в организации обучения медицинских сестер вакцинации БЦЖ. Обучение должно проводиться на базе медицинских учебных заведений или в специализированных центрах, имеющих лицензию на преподавательскую деятельность. Подготовка преподавателей и программа обучения должны быть едиными. Причины развития более тяжелых осложнений, таких как БЦЖ-оститы, требуют научных исследований. Кроме того, заключение о диагностике БЦЖ-остита должно основываться только на принципах доказательной медицины (прежде всего выделение штамма БЦЖ при типировании МБТ из диагностического материала, отрицательный результат на Диаскинтест, диагностированный первичный иммуноде-

фицит). Диагностика БЦЖ-остита только с учетом раннего возраста ребенка и отсутствия контакта с больным туберкулезом могут привести к гиподиагностике костного туберкулеза.

С целью уменьшения вероятности осложнений, обусловленных реактогенностью вакцины, в соответствии с приказом Министрства здравоохранения и социального развития РФ № 673 от 30.10.2007 для вакцинации всех новорожденных должна использоваться только вакцина БЦЖ-М (исключением по сравнению с БЦЖ), за исключением территорий, где заболеваемость населения в целом превышает 80 на 100 тыс. населения, и при наличии в окружении новорожденного больных туберкулезом. В этих случаях вакцинация проводится вакциной БЦЖ.

Что касается выявления больных туберку-

Заболеемость детей связана с проблемами миграции, а также с особенностями характеристики семьи: семья «коренных» москвичей, семья «новых» москвичей (регистрация в Москве до 10 лет) и семья лиц БОМЖ или нелегальных мигрантов, проживающих без регистрации. Во всех группах семей вероятность развития туберкулеза связана с наличием контакта с больным туберкулезом, но вероятность его обусловлена разными дополнительными факторами.

В первой группе семей вероятность контакта обусловлена чаще всего социально-проблемными условиями жизни (семьи алкоголиков, наркоманов, лиц, освобожденных из мест заключения) и, соответственно, низкой санитарной грамотностью родителей, неадекватным отношением к собственному здоровью и здоровью детей.

лезом, то оно должно быть своевременным. Только в этом случае удастся обеспечить высокую эффективность лечения и предупредить распространения инфекции. В проблеме выявления туберкулеза наиболее значимыми являются работа в очагах туберкулезной инфекции и туберкулинодиагностика.

Несмотря на имеющиеся приоритеты эпидемического надзора туберкулеза и обязательную вакцинацию БЦЖ всех здоровых новорожденных, сохраняется высокий риск заболевания детей из очагов туберкулезной инфекции, особенно если заболел взрослый из близкого окружения ребенка. Своевременное выявление и полноценное лечение бактериальных больных туберкулезом наиболее эффективно улучшает эпидемическую ситуацию в регионе и тем самым уменьшает инфицированность детского населения и случаев заболевания детей и подростков, поэтому является наиболее оптимальным для современных программ оказания противотуберкулезной помощи детям, наряду с методами профилактики.

Анализ сведений о 1746 детях и подростках, состоявших на учете в противотуберкулезных диспансерах Москвы по контакту с больным туберкулезом, позволил выделить факторы риска, способствующие развитию туберкулеза. Ведущее значение имеет степень эпидемической опасности очага с учетом бактериовыделения у источника инфекции. Высокую эпидемическую опасность представляют бактериальные очаги. Среди заболевших из очага туберкулеза (120 человек) контакт с больным бактериовыделителем установлен у 100 человек (83,3%). При этом чаще отмечался контакт в семье (80%), в 20% случаев контакт родственник продолжительный, в единичных случаях – случайный. Доля заболевших детей и подростков из небациллярных очагов составила 16,7%.

Для реализации эпидемического фактора риска имеют значение факторы, влияющие на защитные силы организма: социальные – проживание в социально проблемных семьях; медико-биологические – отсутствие иммунизации вакциной БЦЖ у детей и ограниченный срок ее эффективности (в среднем 5 лет после проведенной прививки); наличие хронических и сопутствующих заболеваний.

Высокую вероятность развития заболевания у лиц из очагов туберкулезной инфекции также определяют дефекты организационно-методической работы в очагах (неизвестные противотуберкулезной службе очаги туберкулезной инфекции, выявление источника инфекции по заболевшему ребенку или выявление случаев заболевания детей и подростков одновременно с заболевшим взрослым; нарушение сроков обследования и низкое качество применяемых методов диагностики).

Большое значение имеет особенность мегаполиса: у 2/3 впервые заболевших детей из семейных очагов инфекции источник заражения проживает отдельно от контактирующих с ним лиц, но общается с ними, или зарегистрирован по другому адресу, но проживает вместе с ребенком. Заражение детей происходит из-за отсутствия изоляции или формальной изоляции больного, прежде всего в бактериальных очагах.

Во второй группе семей вероятность контакта с больным туберкулезом возрастает за счет расширения границ понятия «семья», так как значительная часть детей, заболевших туберкулезом, имели контакт с больными туберкулезом родственниками во время поездок на родину или при посещении родственниками этих семей в Москве.

В третьей группе семей вероятность развития заболевания у детей обусловлена высокой частотой социальной дезадаптации, неустроенным бытом, отсутствием плановой медицинской помощи.

Последняя группа семей является неконтролируемым резервуаром туберкулезной инфекции, заболевание выявляется при обращении за медицинской помощью с выраженной клиникой болезни.

Представляет интерес оценка эпидемической опасности очагов с учетом устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам у источника инфекции. В настоящее время почти в половине случаев у источников инфекции МБТ выявляется устойчивость к противотуберкулезным препаратам.

Результаты исследований свидетельствуют, что вероятность развития туберкулеза у контактирующих лиц в очагах при выявлении устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам у источника инфекции в 3,4 раза выше, чем в очагах без устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам у источника инфекции. При этом вероятность развития распространенных процессов соответственно выше в 4,4 раза. Полное или частичное совпадение устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам у источника инфекции и заболевшего в очаге ребенка/подростка наблюдается в 60-75% случаев.

Особый интерес представляют очаги, где источник инфекции выделяет МБТ, устойчивые одновременно к наиболее активным противотуберкулезным препаратам изониазиду и рифампицину (множественная лекарственная устойчивость – МЛУ). Следует обратить внимание на то, что очаги смерти и очаги с повторными случаями заболевания в 53,8 и 38,5% соответственно являются очагами с МЛУ МБТ у источника инфекции.

Результаты научных исследований свидетельствуют о высокой (60-70%) частоте развития у контактирующих с такими источниками инфекции детей и подростков туберкулеза с МЛУ МБТ. Это, как правило, тяжелые, осложненные процессы с формированием выраженных остаточных изменений.

Одним из возможных мероприятий по предупреждению развития туберкулеза с лекарственной устойчивостью МБТ (ЛУ МБТ) у детей и подростков является выделение очагов с ЛУ МБТ к противотуберкулезным препаратам, особенно с МЛУ МБТ, в самостоятельную группу. При этом необходимо усилить эпидемический режим, включая обязательную изоляцию больного от контактирующих лиц на весь период бактериовыделения у источника инфекции. При наличии ЛУ МБТ у источника инфекции изоляция является ведущим фактором профилактики туберкулеза у контактирующих лиц и более эффективна, чем проведение превентивного лечения без учета устой-

чивости МБТ к противотуберкулезным препаратам у источника инфекции и без разобщения с ним контактирующих лиц.

Отсутствие обязательной изоляции контактирующих детей и подростков из-за отказов родителей (законных представителей детей) при высокой эпидемической опасности очагов с ЛУ МБТ, что подтверждается высокой заболеваемостью детей из этих очагов, необходимо рассматривать как нарушение прав ребенка – заведомое оставление в опасности. За заболевание детей в этих случаях родители должны нести ответственность по закону, вплоть до лишения родительских прав.

В условиях напряженной эпидемической ситуации по туберкулезу особого внимания требуют вопросы раннего выявления заболевания. Основными методами выявления или ранней диагностики туберкулеза у детей и подростков являются туберкулинодиагностика и проверочные флюорографические обследования, проводимые с 15-летнего возраста. Микробиологические методы выявления туберкулеза в данных возрастных группах не являются столь актуальными, как среди взрослых, отходят на второй план и чаще всего применяются для подтверждения туберкулеза при наличии клинико-рентгенологических признаков заболевания.

Первоочередной задачей массовой туберкулинодиагностики является выделение из общего числа обследованных лиц наиболее угрожаемых по развитию туберкулеза и нуждающихся в рентгенологическом обследовании. К таким лицам относятся дети и подростки в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции (впервые положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л, не связанная с иммунизацией против туберкулеза). Требуют внимания пациенты с усиливающейся реакцией на туберкулин (увеличение инфильтрата на 6 мм и более за последний год или постепенное в течение нескольких лет), гиперергической чувствительностью к туберкулину (наличие инфильтрата размером 17 мм и более или любого размера с везикуло-некротической реакцией или лимфангоитом).

В последние годы стала оспариваться целесообразность применения массовой туберкулинодиагностики в целях раннего выявления туберкулеза. Мы не можем согласиться с этой точкой зрения, так как по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л туберкулез у детей выявляется, по данным различных авторов, в 40-70% случаев. Охват туберкулиновым тестом составляет ежегодно 97-98% детской популяции.

По нашим наблюдениям, чувствительность метода равна 100%, то есть все больные из группы обследованных детей могут быть выявлены с помощью массовой туберкулинодиагностики. Истинно отрицательные результаты составляют 42% (специфичность метода, $n = 399\ 408$), среди обследованных пациентов, «не имеющих» туберкулез как заболевание, положительный результат получен у 58% обследованных ($n = 553\ 608$).

Однако нельзя забывать, что из этих 58% формируется группа риска, которая составляет 2%. С ней проводится целенаправленная профилактическая работа по предупреждению заболевания. Кроме того, следует иметь в виду, что 25% детей среди впервые выявленных заболевших должны были наблюдаться у фтизиатра по результатам туберкулинодиагностики, но на учете у фтизиатра не состояли. Из приведенных данных видно, что целесообразность данного теста зависит, прежде всего, от качества обследования пациентов при взятии на учет и качества самих профилактических мероприятий.

С нашей точки зрения, эффективность туберкулинодиагностики в условиях роста эндемии туберкулеза может быть существенно выше, если использовать ее как диагностический тест в группах высокого риска развития заболевания (наличие контакта с больным туберкулезом, социально дезадаптированные условия жизни, хроническая соматическая патология в период немотивированного обострения, наличие у пациента социально зависимых заболеваний). Диагностическая ценность туберкулинодиагностики достаточно высока при наличии клинических признаков заболевания, сходных с таковыми при туберкулезе. Необходимо также ориентировать специалистов общей лечебно-профилактической сети (в том числе узких специалистов) на использование туберкулинодиагностики как диагностического теста при острых заболеваниях, диагностика которых диктует необходимость включения в дифференциально-диагностический ряд туберкулез, в том числе внелегочные его локализации.

Несомненно, важны научные исследования по совершенствованию самого туберкулина. Большие перспективы в этом

направлении отводятся Диаскинтесту, первые клинические испытания которого проходили в детско-подростковом отделе Центрального НИИ туберкулеза РАМН и свидетельствуют о его высокой эффективности, прежде всего для выявления туберкулезной инфекции, оценки активности процесса, эффективности диспансерного наблюдения и для дифференцированного подхода к проведению превентивного лечения. Диаскинтест – аллерген туберкулезный рекомбинантный в стандартном разведении, продуцируемый генетически модифицированной культурой *Escherichia coli* BL21(DE3)/pCFP-ESAT, был создан на основе белков ESAT-6 и CFP-10 для внутрикожной пробы, выявляющей гиперчувствительность замедленного типа. В отличие от туберкулина не содержит антиген микобактерий вакцинного штамма БЦЖ и поэтому способен отличить поствакцинную аллергию от инфицирования МБТ.

Диаскинтест при всех его положительных характеристиках, полученных в основном на клиническом материале, требует дополнительных научных исследований и обучения практических врачей для внедрения в широкую практику и не может в настоящее время полностью заменить туберкулинодиагностику. Это, прежде всего, обусловлено тем, что он не позволяет формировать группы риска по развитию туберкулеза среди детей, так как это проводится по результатам туберкулинодиагностики с 2 ТЕ ППД-Л.

Отказ от туберкулинодиагностики приведет к тому, что будет нарушен основной принцип противотуберкулезной работы среди детей – профилактика развития болезни в группах риска, которых не будет. В то же время необходимо учесть, что среди этих пациентов заболеваемость туберкулезом в десятки раз превышает таковую среди детского населения в целом (от 40 до 60 на 100 тыс. наблюдающихся в противотуберкулезных диспансерах в группах учета по результатам туберкулинодиагностики).

Диаскинтест реагирует только на метаболитически активные МБТ туберкулеза и позволяет выявить уже активный процесс. Положительный результат на Диаскинтест у детей с изменениями чувствительности к туберкулину по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л с последующим углубленным рентгенологическим обследованием (компьютерная томография органов грудной полости) позволяет увеличить частоту выявления локальных форм туберкулеза, прежде всего малых процессов.

Среди подростков выявление туберкулеза по результатам туберкулинодиагностики с 2 ТЕ ППД-Л реализуется не в полном объеме, хотя информативность этого метода среди лиц молодого возраста еще достаточно высока. Так, по данным ученых из Саратова (Е.Александрова и соавт., 2003), выявление туберкулеза у подростков по результатам туберкулинодиагностики составило 8,2%, в то время как у 30% заболевших туберкулиновая чувствительность была выраженной (инфильтрат 15-16 мм), у 35% – гиперергической. Эти данные свидетельствуют о более высоких возможностях туберкулинодиагностики при выявлении туберкулеза у подростков.

В большинстве случаев (55-75%) выявление туберкулеза у подростков происходит при проведении проверочных флюорографических обследований.

Использование малодозовых цифровых аппаратов снимает одно из важнейших препятствий, ограничивающих массовые флюорографические обследования – лучевую нагрузку, а также дает высокое качество изображения. В соответствии с существующими нормативными документами данный метод обследования может применяться с 10-летнего возраста.

Туберкулинодиагностику с 2 ТЕ ППД-Л и проверочное флюорографическое обследование относят к активным методам выявления туберкулеза. Цель данных мероприятий – обеспечить выявление туберкулеза на доклиническом этапе (бессимптомное или малосимптомное течение болезни). При правильной организации противотуберкулезной работы в учреждениях общей лечебной сети это удается сделать.

Нельзя оставить без внимания выявление туберкулеза при обращении за медицинской помощью у детей и подростков. По данным различных авторов, у 30-60% впервые выявленных больных туберкулезом детей и подростков заболевание обнаруживается при обращении за медицинской помощью. Среди этих пациентов особого внимания требуют лица, у которых заболевание выявлено в условиях соматического стационара. Важность проблемы быстрой диагностики туберкулеза среди лиц, находящихся в соматических стационарах, обусловлена тем, что в данном случае

существует высокий риск заражения и заболевания туберкулезом других пациентов, попавших в контакт с больным туберкулезом в стационаре. Эта вероятность возрастает с увеличением сроков диагностики туберкулеза у источника инфекции.

Причинами столь поздней диагностики туберкулеза является отсутствие настороженности врачей общей лечебной сети в отношении туберкулеза: педиатрами при сборе анамнеза не выясняется наличие контакта с больным туберкулезом, при наличии кашля не исследуется мокрота на МБТ, не всегда проводится рентгеномографическое исследование органов грудной клетки в динамике. В этих случаях высокую эффективность имеет Диаскинтест, который дает отрицательный результат при неспецифических заболеваниях органов дыхания, по нашим данным, в 85% случаев со средним размером папулы 1,2 мм.

С нашей точки зрения, важнейшими задачами врача общей лечебной сети является своевременно заподозрить туберкулез у пациентов с острым бронхолегочным заболеванием и сократить до минимума (1-2 недели) диагностический процесс. Для этого врач должен иметь настороженность в отношении туберкулеза, особенно в период неблагоприятной эпидемической обстановки, знать клинические проявления туберкулеза, иметь представление о косвенных признаках туберкулеза у детей и подростков, таких как наличие контакта с больным туберкулезом, изменения характера туберкулиновой чувствительности. Важно использовать микробиологические методы диагностики, в первую очередь у больных с затяжными бронхолегочными воспалительными заболеваниями. Каждый случай позднего выявления туберкулеза у детей должен быть предметом разбора не только у фтизиатров, а и в общей лечебной сети.

Проблемой химиотерапии туберкулеза у детей и подростков становится, как и во фтизиатрии взрослых пациентов, лекарственная устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам. Для повышения эффективности лечения актуальными являются: определение новых подходов к стандартным режимам химиотерапии, разработка новых методов введения противотуберкулезных препаратов, новых лекарственных форм противотуберкулезных препаратов для детей. Необходимо определить вклад хирургических методов лечения во фтизиатрии детского и подросткового возрастов (показания, сроки проведения, подготовка к оперативному лечению и последующая реабилитация). Представляют интерес новые подходы к патогенетической терапии.

Все более актуальной становится проблема туберкулеза и сочетанной с ним патологии. В последние годы это туберкулез и ВИЧ-инфекция. По этому направлению во фтизиатрии детского возраста есть только единичные научные исследования.

Особое внимание следует уделить проблеме внелегочных локализаций туберкулеза у детей и подростков, как в плане диагностики, так и лечения. Решение этой проблемы тесно связано с подготовкой кадров. Во фтизиатрии детского и подросткового возраста практически нет специалистов по этому направлению.

Необходимо совершенствовать мероприятия по реабилитации детей из групп риска и больных туберкулезом с учетом медицинских и социальных групп риска, возраста. Основными показаниями для отбора детей на лечение в туберкулезные санатории являются: эпидемический фактор риска (наличие контакта с больным туберкулезом), реабилитация после перенесенного заболевания. Особенностью комплектования детских туберкулезных санаториев является отбор контингентов по социальным факторам риска (проживание в социально дезадаптированных семьях и семьях медико-социального риска инфицирования МБТ детей).

У значительной части пациентов из групп риска и больных туберкулезом выявляются сопутствующие заболевания, затрудняющие проведение противотуберкулезной терапии и восстановление утраченных функций организма. Особенностью санаториев туберкулезного профиля является длительность пребывания детей (от 3 до 6 и более месяцев). Длительность пребывания, большая доля детей из семей с социальными проблемами определяют необходимость социальной и психологической реабилитации, кроме медицинской, как с точки зрения адаптации к пребыванию в лечебном учреждении, так и с точки зрения социальной реабилитации.

Однако имеющаяся нормативно-правовая база устарела и не может обеспечить реабилитацию всех подлежащих ей детей.

Материально-техническая база санаториев требует дальнейшего совершенствования для обеспечения полной диспансеризации пациентов, санации хронических очагов инфекции и проведения общеукрепляющих мероприятий. Во всех санаториях, с учетом социально зависимого характера заболевания, должна быть обеспечена психологическая помощь. В этой связи нормативно-правовая база должна быть разработана с участием органов образования и науки, фонда социального страхования. В этих документах должны быть отражены все медицинские мероприятия, воспитательная и педагогическая работа, психологическая реабилитация и в соответствии с этим, разработано штатное расписание. Остается проблема оздоровления детей в условиях специализированных санаторных детских садов, которые относятся к Министерству образования и науки. Для совершенствования работы в этих учреждениях необходимы нормативные документы на межведомственной основе. Нормативные документы не могут быть совершенными без учета опыта работы и предложений из регионов.

Решение проблем повышения эффективности противотуберкулезной помощи детям невозможно без совершенствования подготовки кадров. При этом необходимо учитывать, что значительную часть противотуберкулезных мероприятий проводят специалисты общей лечебно-профилактической сети. В этой связи необходимы образовательные программы, как для фтизиатров, так и для врачей общей практики, при этом профессиональное образование должно быть непрерывным.

Таким образом, по всем направлениям противотуберкулезной помощи детям есть нерешенные проблемы, обусловленные напряженной эпидемической ситуацией, социальными проблемами в обществе, реструктуризацией здравоохранения и качественно новым отношением населения (родителей или законных представителей детей) к медицинской помощи. Решение этих проблем во многом определяется качеством подготовки медицинских кадров на основе непрерывного профессионального образования.

В целом, цель системы борьбы с туберкулезом – обеспечение инфекционной безопасности населения. При этом здоровье граждане должны быть надежно защищены от заражения туберкулезом. Первоочередными задачами являются контроль бактериального ядра (изоляция бактериовыделителей), повышение качества и активности лечения, максимальный охват населения мероприятиями по выявлению туберкулеза, проведение общественных и санитарно-эпидемиологических мероприятий (дезинфекция в очагах туберкулезной инфекции и местах массового скопления людей, контроль состояния здоровья мигрантов). Повысить уровень мотивации населения к проведению противотуберкулезных мероприятий возможно при наличии убедительной доказательной базы их необходимости и эффективного санитарно-гигиенического просвещения.

Поэтому, не снижая доли массовых обследований, необходимо усилить работу как в очагах туберкулезной инфекции за счет более полного отслеживания контактов, так и по выявлению источника инфицирования в окружении ребенка. Необходимо активное участие в противотуберкулезной деятельности различных общественных организаций. Специалисты медицинских служб и учреждений также должны быть мотивированы к качественному труду в условиях повышенного риска по заболеванию туберкулезом.

Достижение наибольшего «согласия» между пациентом и врачом является важнейшей задачей медицины, поэтому различные методы лечения или профилактики не дадут желаемого эффекта, если пациент не будет четко следовать рекомендациям или они окажутся недоступными для больного. Достижение этого согласия возможно только при наличии доказательной базы необходимости медицинских назначений.

Елена ОВСЯНКИНА,
заведующая отделом туберкулеза
у детей и подростков,
профессор.

Центральный НИИ туберкулеза РАМН.