

кой обследования и лечения детей с БА и существующими рекомендациями по ведению больных с данной патологией. Анализ показал, что не у всех детей, а также не на протяжении всего наблюдения за ними проводилось исследование ФВД, избыточно часто применялся эуфиллин для купирования приступа. В практике педиатров сохраняли свое значение, такие устаревшие препараты, как эфедрин, теофедрин, солутан, несвоевременно назначались ИГК, отсутствовали схемы базисной терапии или они были неэффективными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю.Б., Омеляновский В.В. Клиническая фармакология болезней органов дыхания. - М., 1996.
2. Генне Н.А., Карпушкина А.В. и др. // Росс. вест. перинатол. и педиатр. - 1997. - № 4. - С. 39—43.
3. Гусель В.А., Маркова И.В. Справочник педиатра по клинической фармакологии. - М., 1990.
4. Гуштин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. - М., 1998.
5. Дрожжев М.Е., Богорад А.Е. и др. // Росс. вестн. перинатол. и педиатр. - 2001. - № 2. - С. 27-33.
6. Ковалевская М.Н., Розина Н.Н. // Росс. вестн. перинатол. и педиатр. - 1997. - № 1. - С. 34-39.

7. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". - М., 1997.
8. О'Холларен М.Т. // Междунар. журн. мед. практ. - 2000. - № 1. - С.23-30.
9. Петров В.И., Смоленов И.В., Смирнов Н.А. // Пульмонология. - 1998. - № 3. - С. 88-95.
10. Практическая пульмонология детского возраста (справочник) / Под ред. В.К. Таточенко. - М., 2000.
11. Усов И.Н., Фурсевич В.М., Кевра М.К. Фармакорепентурный справочник педиатра. - Мн., 1994.
12. Sackett D.L., Richardson W.S. et al. Evidence based medicine. - Churchill Livingstone, 1997.

Поступила 14.02.01.

PHARMACOEPIDEMOLOGIC ESTIMATION OF MEDICATIONS USED IN BRONCHIAL ASTHMA TREATMENT IN CHILDREN

A.A. Korableva, O.I. Pikuza, Yu.N. Akhmetvaleeva, L.E. Ziganshina

S u m m a r y

The results of pharmacoepidemiologic analysis of ambulatory charts of 200 children aged 2 to 16 with the established diagnosis of bronchial asthma are presented. The analysis showed insufficient level of examining children, in particular, performance of pulmonary function test, often use of eufhylline to arrest attacks, prescription of ineffective drugs (ephedrine, theophedrine, solutan), late prescription of inhaled steroids, absence of basic therapy.

УДК 616.24—002.5—053.2(470.41)

О КЛИНИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.З. Тутик, О.В. Шакурова, Р.М. Закирова, О.П. Юрченко, С.Е. Кукаркин,
Т.А. Нугманова, В.И. Канков, Д.С. Нугманов

Бугульминский межрайонный противотуберкулезный диспансер
(главврач — заслуж. врач РТ О.В. Шакурова)

Наблюдаемый в последние годы рост заболеваемости туберкулезом детей и подростков требует совершенствования противотуберкулезных мероприятий. Однако это возможно лишь при объективном определении факторов, неблагоприятно воздействующих на эпидемиологию детского и подросткового туберкулеза.

Целью настоящей работы являлось изучение обстоятельств развития и клинического течения туберкулеза у детей и подростков 6 районов юго-востока Татарстана. Под наблюдением находились 59 детей и подростков, взятых на учет с активными формами туберкулеза в 1995—2000 гг. Мальчиков было 32, девочек - 27. Возраст 5 (8,5%) детей не

превышал 2 года, 17 (28,8%) - варьировал от 3 до 6 лет, 31 (52,5%) - от 7 до 14 лет, 6 (10,2%) - от 15 до 17 лет. У 47 (79,7%) больных туберкулез был выявлен в результате профилактических мероприятий, у 12 (20,3%) - при обращении в общелечебную сеть. Среди профилактических мероприятий ведущим методом обнаружения заболевания являлась туберкулинодиагностика (95,7%). 12 (26,7%) больных были выявлены при первичном обследовании очага туберкулезной инфекции, 5 (11,1%) - из числа детей, находившихся в контакте с больными туберкулезом, состоящими на диспансерном учете. У 10 (22,2%) человек обнаружение туберкулеза совпало с виражом туберкулиновых проб, в 4 слу-

чаях протекающих по гиперергическому типу. 18 (40%) заболевших были ранее инфицированы. Развитию у них локальных форм туберкулеза предшествовало нарастание чувствительности к туберкулину, причем у 14 лиц - с гиперергическими реакциями. Давность инфицирования от одного года до 2 лет отмечена у 13 (72,2%) обследованных, от 3 и более лет - у 5 (27,8%). Профилактическое лечение по поводу инфицирования получили 12 больных.

Туберкулинодиагностика до заболевания у 29 (49,1%) детей и подростков проводилась нерегулярно, у 10 (16,9%) сведения о таковой отсутствовали. Необходимо также отметить, что результаты туберкулинодиагностики не всегда оценивались своевременно, и направление к фтизиатру происходило лишь при последующем нарастании реакций на туберкулин. У 2 подростков туберкулез легких был выявлен в результате профилактической флюорографии.

При изучении социальной характеристики больных установлено, что 2/3 заболевших являлись городскими жителями, 15 (25,9%) прибыли из стран СНГ, в основном из среднеазиатских республик (11 чел.). Продолжительность их проживания в юго-восточных районах Татарстана составляла от 6 месяцев до 5 лет. Один подросток прибыл из мест заключения. Полная семья (отец, мать) была у 36 (61%) больных, неполная (мать) - у 22 (37,3%). У одного (1,7%) ребенка отца и мать лишили родительских прав, 4 (6,8%) воспитывали родственники. В 20 семьях родители (26 чел.) являлись социально-дезадаптированными лицами (алкоголики, наркоманы, неработающие, бывшие заключенные, инвалиды, цыгане). Материально-бытовые и санитарно-гигиенические условия в таких семьях были неудовлетворительными.

Вакцинация БЦЖ в роддоме была проведена 42 (72,4%) детям, 16 (27,1%) имели отвод, один (1,7%) не был привит из-за отсутствия вакцины (прибыл из СНГ). Причинами отводов были перинатальная патология (у 9), недоношенность с неврологической симптоматикой (у 6), острое заболевание (у 1). На первом году жизни были привиты 9 детей, на втором - 2 и на третьем - один. Не привиты трое детей из-за заболева-

ния туберкулезом, один - из-за перинатальной патологии. У 26 (47,3%) детей вакцинация была проведена недостаточно качественно. Так, у 2 (3,6%) больных отсутствовал прививочный рубчик, у 24 (43,6%) его диаметр не превышал 4 мм (средний размер - 4,7 0,2 мм). Ревакцинацию БЦЖ в 7 лет прошли лишь 11 (27,5%) детей из 40 подлежащих. У 5 больных второй прививочный рубчик не превышал 4 мм (средний размер - 4,8 0,4 мм), у 12 (30%) таковые не определялись. 17 (42,5%) детей не привили из-за инфицирования туберкулезом.

Контакт с туберкулезными больными имели 38 (64,4%) детей и подростков, в том числе с рентгеноположительными лицами (11 чел.) - 8 (13,5%), с больными туберкулезом в активной фазе без бактериовыделения (11 чел.) - 9 (15,2%) и с больными-бацилловыделителями (29 чел.) - 21 (35,6%). Основными источниками заражения являлись отец и мать (41,4%), реже дядя и тетя (20,7%), бабушка и бабушка (17,2%), брат и сестра (8,6%), соседи (5,2%). У 10 детей установлен двойной контакт с больными туберкулезом, у 4 - тройной контакт, 8 человек контактировали с умершими от туберкулеза родственниками. На учете по контакту до заболевания состояли 9 детей; у 5 имелись сведения о химиопрофилактике.

Предшествующие туберкулезу заболевания были зарегистрированы у 49 (83%) больных. 20 (40,8%) детей являлись часто и длительно болеющими. В структуре заболеваний преобладали острые респираторно-вирусные инфекции (83%), далее бронхит (28,8%), пневмония (18,6%), ветряная оспа (18,6%). У половины обследованных выявлены различные сопутствующие болезни (ночной энурез, пиелонефрит, гепатит, холецистит, анемия, пищевая аллергия, бронхит, кариес, задержка психомоторного развития и др.). 2 подростка являлись наркоманами, у одного определялось незаращение мягкого неба. Один ребенок страдал детским церебральным параличом.

Начало заболевания у большинства детей и подростков (79,7%) было бессимптомным или малосимптомным, у 7 (11,9%) - острым, у 5 (8,5%) - подострым. 2/3 больных имели сниженную

массу тела. У 23 (39%) наблюдалось увеличение периферических лимфатических узлов, преимущественно шейной группы.

Из 59 больных туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ) выявлен у 46 (78%). Превалировали малые формы бронхоаденита (95,6%). В 69,6% случаев отмечалось двустороннее поражение внутригрудных лимфатических узлов, в 4,3% — в сочетании с туберкулезом периферических лимфатических узлов, т.е. наблюдались генерализованные формы заболевания. У 4 (6,8%) больных обнаружен первичный комплекс, у 2 (3,4%) - очаговый туберкулез, у 4 (6,8%) - экссудативный плеврит. Внегочный туберкулез выявлен у 3 (5,1%) детей раннего и дошкольного возраста (туберкулезный спондилит в сочетании с ТВГЛУ, мезаденит, синовит коленного сустава). У 2 подростков определялся очаговый туберкулез легких, у одного - туморозная форма ТВГЛУ, у 2 - малая форма ТВГЛУ, у одного - экссудативный плеврит.

У большинства больных наблюдалась инфильтративная фаза заболевания. У 15 (26,8%) человек активная фаза процесса сочеталась с начинающейся кальцинацией внутригрудных лимфатических узлов. Такое локальное проявление туберкулеза отмечалось у ранее инфицированных. Осложненное течение туберкулеза выявлено у 13 (22%) больных, в том числе бронхолегочные поражения (очаги, перисциссурит, плеврит) - у 7, кровохарканье - у 3, распад легочной ткани с бактериовыделением - у одного, мезотимпанит с бактериовыделением - у одного, гнойный натечник - у одного. В сыворотке крови 4 больных иммуноферментным анализом обнаружены антитела к микобактериям туберкулеза.

Интенсивность туберкулиновых реакций среди заболевших была высокая. У 23 (39%) больных отмечались гиперергические реакции на туберкулин. Средний размер папулы на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л составлял 14,6 ± 0,5 мм.

Течение туберкулеза и его исходы на стационарном этапе лечения были прослежены у 51 больного. Все пациенты получали комплексную химиотерапию.

У 46 (90,2%) больных изониазид сочетали с пиразинамидом, у 27 (52,9%) - с этамбутолом, у 14 (27,4%) - с рифампицином. В комбинации с химиопрепаратами использовали патогенетические средства и физиолечение. Больная туберкулезным спондилитом была прооперирована. Длительность стационарного лечения больных составляла в среднем 297,7 дня. Значительное клиническое улучшение было достигнуто у 48 (94,1%) больных, улучшение - у 3 (5,9%). У 2 больных прекратилось бактериовыделение, у одного - зажили полости распада в легких. Интенсивность туберкулиновых реакций по среднему размеру папулы уменьшилась до 10,5 ± 0,9 мм.

Таким образом, причинами развития туберкулеза у детей и подростков были неудовлетворительные социальные факторы, недостаточный поствакцинальный иммунитет, контакт с больными туберкулезом, а также различные перенесенные и сопутствующие заболевания, ослабляющие сопротивляемость организма. Основным методом выявления туберкулеза, особенно среди детей, являлась туберкулинодиагностика (95,7%). В результате химиотерапии значительное клиническое улучшение было достигнуто у 94,1% больных, улучшение - у 5,9%.

Поступила 10.01.02.

ON CLINIC AND PREVENTION OF TUBERCULOSIS IN KIDS AND TEENAGERS

*A.Z. Tutik, O.V. Shakurova, R.M. Zakirova,
O.P. Yurchenko, S.E. Kukarkin, T.A. Nugmanova,
V.I. Kankov, D.S. Nugmanov*

S u m m a r y

The development and clinical course of tuberculosis are studied in 59 children and teenagers. Low social status, insufficient postvaccinal immunity, contact with patients as well as various accompanying diseases are provoking factors. In 79,7% of cases the disease was asymptomatic, demanding the special attention of physicians. Significant clinical improvement was achieved in 94,1% of patients, improvement - in 5,9% of patients.