

VIII СЪЕЗД ФТИЗИАТРОВ РОССИИ

В настоящее время в России достигнута стабилизация эпидемиологической обстановки по ТБ, но ситуация остается напряженной, без выраженной тенденции к ее улучшению. В наибольшей степени эта напряженность выражена в Сибирском федеральном округе. Основными проблемами борьбы с туберкулезом являются: социальная обусловленность заболевания, повышение вирулентности возбудителя, рост его лекарственной устойчивости, неудовлетворительная обеспеченность противотуберкулезными препаратами (ППП), отсутствие новых ППП, рост сочетания ТБ с ВИЧ-инфекцией, недостаточная доступность современных медицинских технологий. Необходимость бесплатного для населения осуществления всех противотуберкулезных мероприятий (гарантированного во всем мире) в современных условиях в РФ вызывает немалые трудности.

Среди детей и подростков в последние годы повышено внимание к выявлению малых начальных форм заболевания и предупреждению развития его при латентной туберкулезной инфекции. Разработаны методики дифференцированного проведения профилактических мероприятий в зависимости от различных факторов.

Ключевые слова: туберкулез, Россия, съезд, дети.

6-8 июня 2007 года в г. Москве состоялся VI-II съезд фтизиатров Российской Федерации. В основных докладах отмечено достижение стабилизации в эпидемиологической обстановке по туберкулезу (ТБ) после катастрофического ухудшения ее в 90-е годы, обусловленного социально-экономическим кризисом в обществе. В то же время, сохраняется напряженность эпидемиологической ситуации и тенденции к ее улучшению пока не наблюдаются. Россия входит в число 18 стран Европейского региона с наиболее высоким уровнем ТБ. 128 тыс. больных с впервые выявленным ТБ и его рецидивами в РФ в течение года составляют 35 % от числа зарегистрированных в Европейском регионе ВОЗ (365 тыс.). Велика также доля больных из других стран — бывших республик СССР. В странах, образовавшихся из демократических республик, роста ТБ не произошло.

Заболеваемость в РФ в 2006 г. составила 82,4 на 100 тыс. населения (в 2000 г. — 90,0). Средняя заболеваемость по Европейскому региону — 45,0, в развитых странах — от 5,0 до 10,0. Смертность от ТБ в России составила в 2006 г. 19,5 на 100 тыс. (2000 г. — 22,8).

Регионы России значительно различаются по эпидемиологической обстановке. Наиболее высокий уровень показателей наблюдается в СФО и в ДФО (Дальневосточном федеральном округе). Так, в СФО в 2004 и 2006 гг. заболеваемость ТБ составила 131,4-131,5, смертность — 35,0-31,5, соответственно, превысив средние показатели по РФ более чем в 1,5 раза. Заболеваемость в РФ в динамике координирует с долей населения без работы, а также с количеством населения, имеющего уровень жизни ниже прожиточного минимума. Названные показатели составляют в настоящее время в СФО 10 % и 30 %, соот-

ветственно, в Северо-Западном и Центральном ФО (с наиболее благоприятной эпидемиологической обстановкой) — 5 % и 15 %. Эти данные наглядно демонстрируют социальную обусловленность ТБ.

Заболеваемость детей (0-14 лет) туберкулезом в РФ стабильно держится на одном уровне с 2002 г., составляя 16,2-16,4 на 100 тыс. детского населения. В СФО она почти в 2 раза выше: 33,5-28,8 на 100 тыс. На съезде уделено серьезное внимание проблемам туберкулеза детей и подростков. Прозвучало (**Довгалюк И.В.**) красноречивое и хорошо известное положение о том, что детский туберкулез — это лакмусовая бумажка, отражающая состояние социально-экономической ситуации среди взрослых.

Кроме эпидемиологической обстановки по ТБ, на пленарных заседаниях рассматривались такие проблемы, как рост частоты лекарственной устойчивости МБТ, опасность туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции, неудовлетворительная эффективность лечения больных. Государством выделяется недостаточно средств для лечения больных, имеются перебои в снабжении диспансеров противотуберкулезными препаратами. В то же время, в современных условиях необходимо шире внедрять в противотуберкулезную работу новые технологии: цифровую флюорографию, КТ, УЗИ, МРТ, видеотехнику. При этом важно сохранить человеческое общение врача с пациентом. Задачи ученых: создание новой вакцины, новых лекарств, ускорение сроков излечения туберкулеза (**Перельман М.И.**).

В докладе **Ерохина В.В.**, посвященном фундаментальным исследованиям во фтизиатрии, отмечен прогресс в изучении генома ТМБ. Показано большое разнообразие мутаций, их роль в развитии ЛУ. В территориях, неблагополучных по ТБ, распространены особо патогенные штаммы МБТ, часто вы-

зываются остро прогрессирующей ТБ, имеющие первичную множественную ЛУ в 50 %. Детально изучены патогенез и морфология остро прогрессирующих форм туберкулеза. Устойчивость к ПТП развивается не только у микроорганизма, но и в клетках и тканях макроорганизма. Для них ПТП – чужеродный агент, с которым надо бороться.

Разрабатываются новые технологии лечения с использованием стволовых клеток костного мозга. Получены первые положительные результаты. Изучение продолжается.

Левашов Ю.И., Мушкин А.Ю. подчеркнули крайне неудовлетворительную ситуацию в стране с выявлением ТБ внеторакальных локализаций.

Во многих сообщениях подчеркивалась ведущая роль врачей общей лечебной сети (ОЛС) в выявлении больных туберкулезом, необходимость постоянного повышения уровня их знаний в данном направлении.

На съезде работало 10 секций по различным направлениям противотуберкулезной работы. Для читателей данного журнала наибольший интерес представляет содержание докладов на секции «Туберкулез детей и подростков». Эпидобстановка по ТБ среди данного контингента населения охарактеризована выше. Выявление больных туберкулезом детей происходит, преимущественно, при массовой туберкулинодиагностике – в 56-60 %, при обследовании по контакту с больными взрослыми – в 17-20 %. При этом имеет место контакт преимущественно с не выявленными и не наблюдавшимися ранее больными. Факторами риска, обуславливающими необходимость обследования на ТБ и направления в противотуберкулезный диспансер (ПТД) являются: выраж туберкулиновой чувствительности, гиперергическая чувствительность к туберкулину, нарастание чувствительности к туберкулину, контакт с больными туберкулезом, наличие клинических проявлений, подозрительных на туберкулез. Доля осложненных форм туберкулеза в настоящее время велика и составляет 33 % у детей и 50 % у подростков.

Представило значительный интерес сообщение **Стаханова В.А. с соавт.** о генерализованном туберкулезе у детей раннего возраста. Данный возраст предрасполагает к злокачественному течению туберкулеза. Частота генерализованных форм в раннем возрасте составила, по данным авторов 11 % (из 583 детей). Большая часть осложнений (58,4 %) представлена генерализациями с милиаризацией легочной ткани, в то же время значительна доля поражений без вовлечения легких (41,8 %). Обращает на себя внимание высокая частота бактериовыделения при генерализованных процессах – 10 % (58 из 583). При всех формах туберкулеза у детей раннего возраста она составила лишь 2,4 %. При обследовании детей использованы индивидуальная туберкулинодиагностика, трахеобронхоскопия, компьютерная томография, иммунологические и генетические, цитологические и гистологические методы исследования. Дети раннего возраста с генерализованным туберкулезом нуждаются в более длительном лечении,

по сравнению со стандартными сроками, с назначением повышенных доз противотуберкулезных препаратов. Вызывает тревогу высокая частота летальных исходов при данном туберкулезе – погибает каждый 10-й из заболевших.

Наряду с большой долей детей с генерализованными и осложненными формами, на съезде отмечено возрастание частоты малых форм туберкулеза среди заболевших. Данный факт отражает повышение уровня выявления туберкулеза у детей. Особые трудности вызывает диагностика малых форм туберкулеза внутригрудных лимфоузлов (ТВГЛУ), в первую очередь парааортальной группы. Данной теме посвящено сообщение **Довгалюк И.Ф. с соавт.** Приведены результаты комплексного обследования 123 детей с подозрением на малую форму ТВГЛУ. Учитывались такие проявления активности туберкулезного процесса, как наличие синдрома интоксикации (имел место в 54 % случаев), данные углубленной туберкулинодиагностики (признаки активности в 59 %), положительные серологические реакции (в 80 %), обнаружение микобактерий туберкулеза в венозной крови методом ПЦР (в 60 %), косвенные признаки увеличения ВГЛУ при обычном рентгенообследовании (в 67 %).

Детям с признаками активности туберкулеза проведена компьютерная томография средостения, являющаяся наиболее информативным методом для выявления увеличенных ВГЛУ. Увеличенными считаются лимфоузлы диаметром более 5 мм. Наиболее рационально при этом использовать компьютерные томографы последнего поколения (спиральные), не позволяющие пропустить увеличенные лимфоузлы. При обычном рентгенообследовании имеют место большие сложности в интерпретации природы выявленных петрификатов (кальцинатов). Невозможно достоверно дифференцировать туберкулезный петрификат от петрифицированной связки Баталлова протока. КТ предпочитает такую возможность. Кальцинат связки Баталлова протока имеет на КТ линейную или У-образную форму более 0,3 см длиной. Такие кальцинаты в исследовании И.Ф. Довгалюк с соавт. составили 78,6 % от всех выявленных. Туберкулезные кальцинаты характеризуются округлой формой во всех проекциях. Туберкулезный кальцинат часто является проявлением самопроизвольно излеченной малой формы ТВГЛУ, не диагностированной своевременно. В других случаях кальцинация лимфоузла может быть неполной и наблюдаться при активном туберкулезе при еще незаконченном излечении или при приобретении первичным туберкулезом хронического течения.

На основании результатов комплексного обследования Довгалюк И.Ф. с соавт. у 123 детей с подозрением на малую форму ТВГЛУ в 43,6 % диагноз туберкулеза исключен и в 56,4 % – подтвержден. Все обследованные дети разделены на 4 группы: инфицированные здоровые (туберкулиноположительные без синдрома интоксикации и локальных проявлений); инфицированные с синдромом интоксикации без локальных проявлений (еще не больные, но уже

не здоровые); больные с ТВГЛУ в фазе инфильтрации; больные с хронически текущим первичным туберкулезом (с кальцинатами, с признаками активности); здоровые с неактивным туберкулезом (с кальцинатами без признаков активности). Тактика фтизиопедиатра зависит от характера процесса. Дети с активным туберкулезом получают полный курс противотуберкулезного лечения. Здоровым инфицированным (вираж, гиперпроба, нарастание туберкулиновой чувствительности), а так же самопроизвольно излеченным с неактивным туберкулезом показана химиопрофилактика изониазидом 3 месяца. Детям на грани болезни и здоровья должно быть проведено превентивное лечение двумя препаратами в течение 6 месяцев в условиях противотуберкулезного санатория.

В настоящее время значительную часть среди поступающих на учет ПТУ составляют дети, выявленные с ТВГЛУ в фазах уплотнения или кальцинации, полной или неполной. Сообщение **Юхименко Н.В., Елудимовой В.Ф., Митинской Л.А.** посвящено анализу причин позднего выявления туберкулеза у таких детей. В соответствии с полученными данными, причинами поздней диагностики являются дефекты в проведении мероприятий по раннему выявлению туберкулеза среди детей, в том числе групп риска, а также объективные трудности диагностики малых форм ТВГЛУ. В 42,2 % случаев нерегулярно проводилась туберкулинодиагностика, в 37,2 % детям групп риска не проведено комплексное рентгеномографическое обследование, нередко неполным было лабораторное обследование. Авторы подчеркивают информативность компьютерной томографии, исследования на МБТ, в том же ПЦР, исследований на антитела к МБТ методом ИФА, определения содержания острофазных белков крови.

Большое внимание уделено диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ) (**Барышникова А.А., Аксенова В.А., Медведев С.Ю.**). ЛТИ — это состояние, характеризующееся положительной кожной реакцией на туберкулин при отсутствии клинических и рентгенологических признаков активного туберкулезного процесса. Следовательно, это проявление инфицирования туберкулезом без заболевания. В организме людей с ЛТИ присутствуют дремлющие МБТ, способные реактивироваться и вызывать заболевание. Детям в течение года после первичного инфицирования ставится диагноз — вираж туберкулиновых проб. Если после первичного инфицирования прошло более 1 года, диагностируется тубинфицирование. И то, и другое состояние входят в понятие ЛТИ.

Носители ЛТИ — основной резервуар активного туберкулеза в дальнейшем. 2/3 случаев заболеваний туберкулезом в обществе связано с эндогенной реактивацией инфекции при ЛТИ и лишь 1/3 — с экзогенным инфицированием или реинфицированием. Считается, что из людей, инфицированных туберкулезом, заболевает в течение жизни 10 %, при этом 5 % — в первые 3-5 лет (первичный туберкулез) и 5 % — в более поздние сроки (вторичный туберкулез).

В развивающихся странах основное внимание уделяется выявлению и лечению больных активным туберкулезом, в развитых — лиц с ЛТИ.

Задача педиатра в нашей стране — выявление не только заболевших детей, но и детей с ЛТИ, имеющих наибольший риск развития туберкулеза (10 % всех инфицированных). Выделяют эпидемиологические, социальные, медико-биологические факторы риска. Эпидемиологическим фактором является постоянный контакт с больным туберкулезом, в первую очередь с бактериовыделителем. Социальные факторы включают социальную дезадаптацию родителей (алкоголизм, наркомания, пребывание в местах лишения свободы) или самих детей (беспризорность в том числе). Сюда же входят неудовлетворительные материальные условия семьи, многодетность, неполная семья, принадлежность к мигрантам. Медико-биологические факторы делятся на специфические и неспецифические. К специфическим относится отсутствие вакцинации БЦЖ, гиперергический характер чувствительности к туберкулину. Неспецифические медико-биологические факторы — это сопутствующие хронические заболевания, часто повторяющиеся заболевания, ранний детский и подростковый (13-17 лет) возраст.

В России в условиях обязательной вакцинации БЦЖ существует проблема дифференциальной диагностики поствакциной и постинфекционной специфической аллергии к туберкулину. В пользу инфекционного характера реакций на туберкулин свидетельствуют: впервые положительная реакция на пробу Манту, не связанная с вакцинацией БЦЖ; гиперергическая реакция; нарастание реакции; отсутствие угасания реакции через 5-7 лет после прививки БЦЖ.

Химиопрофилактика туберкулеза используется в России с 1955 года. Она снижает заболеваемость в 5-7 раз и способствует более благоприятному течению процесса у заболевших. В последние годы разработаны новые подходы к химиопрофилактике, заключающиеся в особенностях ее проведения в зависимости от наличия факторов риска. Показания к химиопрофилактике: первые 6-8 мес. после заражения (вираж) — наиболее опасный период развития заболевания; наличие других факторов риска, обуславливающих высокую опасность заболевания. Как показали исследования, вероятность заболевания повышается не только при гиперергической чувствительности к туберкулину, но и при нарастании чувствительности с увеличением размеров папулы на 6 мм и более или достижении ее размеров до 12 мм, даже при меньшем увеличении. Такое изменение чувствительности в 70 % случаев приводит к развитию заболевания без проведения химиопрофилактики.

При назначении химиопрофилактики учитывается степень чувствительности к туберкулину, другие результаты обследования, наличие факторов риска. При слабой (папула 5-9 мм) или умеренной (10-14 мм) нормергической реакции, без клинико-лабораторных отклонений от нормы, отсутствии факторов риска или наличии не более 1 из них, химиопрофи-

лактика проводится изониазидом в течение 3 мес. в санаторных условиях или амбулаторно. Выраженная нормергическая (15-16 мм) или гиперергическая (17 мм и более) реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л, клинико-лабораторные отклонения, наличие 2-х и более факторов риска служат показанием для проведения комплексного превентивного лечения с использованием двух противотуберкулезных препаратов от 3 до 6 мес. в условиях противотуберкулезного санатория. Осуществляется также комплекс мероприятий для повышения общей резистентности организма, лечения сопутствующих заболеваний.

Серьезное внимание на съезде уделено БЦЖ-оститам — проявлениям диссеминированной БЦЖ-инфекции, одним из наиболее опасных осложнений противотуберкулезных прививок (**Мушкин Л.Ю. с соавт., Чугаев Ю.П. с соавт.**). Диагностика данного осложнения сложна. К критериям диагностики БЦЖ-остита отнесены: возраст ребенка до 4-х лет, факт вакцинации БЦЖ, отсутствие контакта с больным туберкулезом, несоответствие обширной костной деструкции и спокойного малосимптомного течения процесса, отсутствие локального туберкулезного процесса в других органах, гистологическое или микробиологическое подтверждение туберкулезного поражения кости. В 96 % наблюдается монолокализация процесса в костях. Наиболее часто поражаются большая берцовая, бедренные кости, ребра, плечевая, лучевая кости. Обращают на себя внимание удолетворительные материально-бытовые условия заболевших детей.

Важной проблемой нашего времени является сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции (**Клевно Н.И.**). К настоящему времени ВИЧ-инфицированными матерями рождено 29545 детей. Диагноз «ВИЧ-инфекции» установлен более чем у 1000 детей. В 2005 г. в России зарегистрировано 2926 новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в т.ч. у 16 детей.

Среди заболевших детей контакт с больными туберкулезом, чаще с матерью, установлен в 50 % случаев. Возраст детей в 2/3 случаев составил до 3-х лет, в 1/3 — 4-6 лет. 6 из 16 детей были вакцинированы БЦЖ в роддоме. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ была представлена папулой средней величины в 8 мм. Из клинических форм туберкулеза преобладали ТВГЛУ (3/4). Высока частота осложнений, особенно у «домашних» детей (2/3).

Диагностика туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции часто вызывает трудности. На последних стадиях ВИЧ-инфекции ТБ протекает атипично. Характерно быстрое клинико-рентгенологическое прогрессирование процесса, тяжесть клинических проявлений, поражение всех групп лимфоузлов, преимущественно нижнедолевая локализация легочных изменений, часто двухсторонних, нередкие двухсторонние экссудативные плевриты. Выражена склонность к лимфогематогенной генерализации процесса с поражением

легких и других органов. При этом милиарная диссеминация нередко не видна при рентгенобследовании. Остается нерешенным вопрос о месте обследования ВИЧ-инфицированных детей на ТБ. Госпитализация их в тубучреждение в условиях контакта с больными активным туберкулезом опасна развитием ТБ в случае, если у ребенка не было этого заболевания. Необходимы специальные больницы или боксированные палаты в стационарах ПТУ или инфекционных больницах.

Лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей, как правило, было эффективно. Дети погибали позднее от прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Как известно, в нашей стране ВИЧ-инфекция у ребенка является противопоказанием к вакцинации БЦЖ. ВОЗ рекомендует эти прививки для профилактики туберкулеза. В настоящем исследовании изучены результаты вакцинации БЦЖ-М 36 детей с подтвержденной ВИЧ-инфекцией без явных признаков иммунодефицита. Сроки вакцинации составили от 7 дней до 4-х лет после рождения. Осложнение в виде генерализации БЦЖ-инфекции наблюдалось у 1 ребенка, вакцинированного в возрасте 3 лет 11 месяцев. Поствакцинный иммунитет по пробе Манту с 2ТЕ чаще выявлялся у ВИЧ-инфицированных детей, привитых в родильном доме. Наименее эффективной была прививка после 18-месячного возраста. Автор приходит к выводу, что раннее инфицирование МБТ, часто приводящее к развитию осложненного туберкулеза, очевидно требует пересмотра сроков вакцинации БЦЖ детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в настоящее время в России достигнута стабилизация эпидемиологической обстановки по ТБ, но ситуация остается напряженной без выраженной тенденции к ее улучшению. В наибольшей степени эта напряженность выражена в СФО. Основными проблемами борьбы с туберкулезом являются: социальная обусловленность заболевания, повышение вирулентности возбудителя, рост лекарственной устойчивости его, неудовлетворительная обеспеченность противотуберкулезными препаратами, отсутствие новых ПТП, рост сочетания ТБ с ВИЧ-инфекцией, недостаточная доступность современных медицинских технологий. Необходимость бесплатного для населения осуществления всех противотуберкулезных мероприятий (гарантированного во всем мире) вызывает немалые трудности в современных условиях в РФ.

Среди детей и подростков в последние годы значительно повышено внимание к выявлению малых начальных форм заболевания и предупреждению развития его при латентной туберкулезной инфекции. Разработаны методики дифференцированного проведения профилактических мероприятий в зависимости от различных факторов.

* * *