

Кривошеева Ж.И. О состоянии противотуберкулезной помощи детскому населению республики // Мультирезистентный туберкулез: клинико-эпидемиологические особенности и тактика лечения : материалы науч.-практ. конф. «Внедрение новых подходов в борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Беларуси», Минск, 13–14 нояб. 2014. – Минск, 2014. – С. 34-38.

Противотуберкулезная помощь детскому населению в республике оказывается на 4-х уровнях: районном, городском, областном и республиканском. Организационно-методическая и консультативная работа осуществляются противотуберкулезной службой, общей медицинской сетью (детскими поликлиниками, роддомами, стационарами, сельскими врачебными участками, фельдшерско-акушерскими пунктами) и организациями санитарно-эпидемиологической службы.

Противотуберкулезная работа проводится детскими кабинетами или отделениями областных и районных противотуберкулезных диспансеров (ПТД), в г.Минске – ПТД №1, №2 и диспансерным отделением РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии (РНПЦ ПФ). В районах, где отсутствуют детские специалисты (таких большинство), детское население обслуживают фтизиатры районных ПТД или противотуберкулезных кабинетов. Укомплектованность кадрами фтизиатров-педиатров составляет 54,8% от расчетного количества.

Стационарная помощь оказывается в детском отделении на 40 коек клиники РНПЦ ПФ. Консультативную помощь оказывают детские фтизиатры областных противотуберкулезных диспансеров, сотрудники профильных кафедр медицинских университетов, БелМАПО и Республиканский консультационный центр РНПЦ ПФ.

В республике частично сохранены специализированные детские санаторные койки для разобщения детей с источником туберкулезной инфекции, проведения контролируемого профилактического лечения и оздоровления: специализированный ДРЦ «Браслав», Староборисовская санаторная школа-интернат, санаторные школы в г.п. Молчадь и г.п. Богушевск, в каждом областном центре и г. Новополоцке работают специализированные детские сады, переданы 15 коек детского сада г. Минска для детей Минского района.

Проводимые профилактические мероприятия позволяют контролировать ситуацию по детскому туберкулезу и сохранять детскую заболеваемость на низком уровне. Заболеваемость ТБ детей в возрасте до 14 лет составила в 2013г. 1,0 на 100 000 детского населения (2012г. – 1,5), в возрасте 15-17 лет – 8,9 (2012г. – 10,0), заболеваемость детей в возрасте 0-17 лет – 2,2 (2012 – 2,9). В 2 регионах в 2013г. (г.Минск, Гродненская область) отмечен рост заболеваемости подростков. В течение последних 3 лет уменьшается количество детского ТБ с бактериовыделением (МБТ+): в 2013г. 19 случаев (2012 – 20, 2011 – 30), что составило 43,6% от всех выявленных пациентов. Методом бактериоскопии выявлены МБТ в 7 случаях (2012 – 8, 2011– 16).

Среди клинических форм туберкулез органов дыхания составляет 70-75%, регистрируются единичные случаи туберкулеза ЦНС (2013 – 1) и тяжелых форм ВИЧ-ассоциированного туберкулеза (2014 – 2, 2012 – 2, 2011 – 1). Анализ документации заболевших детей показал, что большинство из них проживали в селе, небольших районных центрах, где отсутствовал фтизиопедиатр, в некоторых и фтизиатр. По разным причинам не все дети, имевшие в анамнезе тубконтакт, состояли на учете, были разобщены и получили в полном объеме превентивную химиотерапию (таб.1).

Таблица 1.

Число заболевших ТБ детей, имеющих в анамнезе тубконтакт в семье

	2011	2012	2013	
			РБ	Минск

Официальные статистические данные (дети из очага туберкулезной инфекции, заболевшие ТБ)	8	3	2	0
Данные детского туберкулезного отделения	21	20	15	4

На протяжении многих лет сохраняется высокий уровень лекарственно-устойчивого туберкулеза (ЛУ-ТБ) как у взрослых, так и у детей (таб.2), однако в 2012-2014гг. наметилась тенденция к снижению количества случаев ЛУ-ТБ у пациентов детского возраста.

Таблица 2.

Показатели распространенности лекарственно-устойчивого туберкулеза среди пациентов детского возраста

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Случаи лекарственно-устойчивого туберкулеза (абс., %),	20 24,4%	17 20,7%	18 25,0%	19 26,8%	18 26,9%	13 25,5%	10 25,6%
в том числе ТБ с МЛУ/ШЛУ МБТ (абс., %)	9 10,9%	13 15,3%	15 22,2%	14 20,9%	16 25,4%	6 11,7%	8 20,5%

Республиканский Консилиум, организованный при РНПЦ ПФ, назначает, проводит коррекцию и принимает решение о завершении химиотерапии у данной категории пациентов. Все препараты второй линии доступны каждому пациенту с МЛУ-туберкулезом, с 2009г. используются противотуберкулезные лекарственные средства, предоставленные безвозмездно Глобальным фондом Программы развития ООН (ПРООН).

Широкое распространение лекарственно-устойчивых штаммов МБТ создает большие трудности в проведении лечения как латентной туберкулезной инфекции, так и активных форм ТБ. Эффективность лечения ТБ: все пациенты абациллированы в первые месяцы химиотерапии, в единичных случаях несвоевременно выявленного деструктивного МЛУ-ТБ не удается закрыть полости распада, единичны также случаи неудачи лечения и рецидивов.

В детской фтизиатрической практике с диагностической и лечебной целью используются и хирургические методы: в 2013 году проведены лечебно-диагностические операции на легких 2 детям (новообразование и микобактериоз легкого), 3 пациентам накладывали искусственный пневмоторакс, 3 пациентам с плевритами проводилась видеоторакоскопия с морфологической и бактериологической верификацией диагноза.

Важным методом ранней диагностики туберкулезной инфекции у детей остается туберкулинодиагностика. В республике с 2012г. осуществлен переход от сплошной к выборочной туберкулинодиагностике – постановке ежегодных проб Манту только у детей из групп риска по развитию туберкулеза, которые определены фтизиатрами совместно с педиатрами и составили в разных регионах от 15 до 28% всех детей. Селективная туберкулинодиагностика проведена у 91-98% подлежащих детей. Низкий охват в некоторых регионах объяснялся перебоями в поставках туберкулина. С октября 2013г. поставки возобновлены в полном объеме. Прирост тубинфицирования (виражей туберкулиновых реакций) – в пределах 0,7-1,5% от всех обследованных.

Экономия и перераспределение ресурсов позволило применять более широко новые тесты для ранней диагностики туберкулезной инфекции и избежать лишнего профилактического назначения противотуберкулезных препаратов.

Внедрены и широко используются с 2009г. лабораторные тесты GenoType® MTBC (Хайн-тест), с 2013г. «Gene-Xpert» – современные молекулярно-генетические методы исследования для идентификации вида микобактерии, позволяющее генетически дифференцировать микобактерии туберкулезного комплекса, принадлежащие штаммам *M. Tuberculosis*, *M. Bovis* и *M. bovis BCG*.

На основании результатов клинических исследований нового аллелгена туберкулезного рекомбинантного – диаскинтеста, анализа электронной базы данных 408 детей, которым был проведен данный тест, разработана инструкция по применению, рекомендации по внедрению и начато применение в детской практике диаскинтеста (ДСТ). Важной задачей, которую выполняет ДСТ, является диагностика локальных форм ТБ и латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ) с высоким риском развития активного туберкулеза, определение показаний и сроков профилактического лечения противотуберкулезными лекарственными средствами.

Вакцинация против туберкулеза детей раннего возраста в республике проводится в соответствии с рекомендациями ВОЗ для стран с высоким бременем туберкулеза. Учитывая тот факт, что доказательства защитной функции повторных БЦЖ вакцинаций не подкреплены научными данными и многочисленными контролируруемыми исследованиями, рекомендации международных экспертов ВОЗ по иммунизации вакциной БЦЖ, график иммунопрофилактики туберкулеза у детей пересмотрен: сохранена селективная ревакцинация детей в 7 лет, отменена вторая ревакцинация в возрасте 14 лет. Охват вакцинацией новорожденных составляет ежегодно 95-97% с учетом вакцинации в поликлиниках, охват ревакцинацией против ТБ в 7 летнем возрасте детей из групп риска составляет 99-100%.

Наметилась положительная тенденция в отношении случаев БЦЖ-осложнений (таб.3). В 2012-2013гг. в республике снизилось общее количество осложнений прививки БЦЖ, в т.ч. за счет тяжелых форм БЦЖ-остеитов (2013 – 5, 2012 – 14, 2011 – 10).

Таблица 3.

Количество и структура БЦЖ-осложнений у детей

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Всего случаев	46	60	79	60	44	39	31
в т. ч.	12	16	15	14	10	14	5
БЦЖ-оститов							

Диагнозы осложненного течения вакцинации БЦЖ ставятся комиссионно, наиболее сложные случаи представляются для обсуждения на Республиканском консилиуме по БЦЖ-осложнениям, который работает с 2006г. на базе клиники РНПЦ ПФ. Во всех случаях проводится морфологическое и бактериологическое исследование полученного операционного материала, в том числе молекулярно-генетическое, с помощью которого идентифицируют штамм *M. bovis BCG*. Основные алгоритмы диагностики, принципы и методы лечения БЦЖ-осложнений отражены в новой «Инструкции по диагностике, лечению, профилактике и учету серьезных побочных реакций на профилактическую прививку против туберкулеза у детей».

Кроме новых нормативных документов разработаны и изданы 2 пособия для врачей и студентов (2011, 2012), в 2014г. подготовлено к изданию учебное пособие «Туберкулез у детей: клиника, диагностика, лечение и профилактика». Внедрен и ведется в составе Республиканского регистра когортный анализ по детскому туберкулезу в республике.

Завершены ремонтные работы и переоборудование детского туберкулезного отделения клиники, установлены новые телевизоры, душевая кабина, мебель, стиральная и сушильные машины. В рамках международного сотрудничества с ВОЗ, ПРООН 4 детских фтизиатра прошли стажировку и получили Международный сертификат в г.Риге (Латвия, 2009, 2012).

#### **Заключение.**

1. Признать работу по оказанию противотуберкулезной помощи детскому населению республики удовлетворительной.
2. Приоритетным направлением должна оставаться профилактическая работа фтизиатрической и педиатрической служб среди детей из известных групп риска по туберкулезу, обратив особое внимание на семейные и квартирные очаги туберкулеза. Наблюдение детей из «очагов смерти» от мультирезистентного туберкулеза продлено до 5 лет, в последующем информацию о таких детях необходимо передавать педиатру, который наблюдает ребенка.
3. В связи с тем, что отсутствуют эффективные режимы профилактического лечения латентной туберкулезной инфекции у детей из контакта с лекарственно-устойчивым туберкулезом, обеспечить санаторными койками всех детей, нуждающихся в разобщении с источником МЛУ ТБ.
4. Проводить обучающие семинары, заседания «круглого стола», в т.ч. с международным участием, по новым методам ранней диагностики туберкулезной инфекции у детей, внедрению в педиатрическую практику диаскинтеста, анализу результатов его применения.
5. С целью повышения квалификации специалистов, осуществляющих диагностику туберкулезной инфекции у детей (фтизиопедиатры, педиатры, районные фтизиатры и др.) обсудить возможность разработки программы курса усовершенствования по детскому туберкулезу.