Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования

«Петрозаводский государственный университет»

Кольский филиал

Кафедра сестринского дела

Дисциплина: «Туберкулёз»

Контрольная работа

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

студентки 4 курса (группы М/2009-5)

заочного отделения

специальность 060109 - сестринское дело

Ефремовой Татьяны Владимировны

Преподаватель:

Апатиты 2012

**Введение**

Туберкулез объявлен ВОЗ опасностью для всего мира. В России в1990-е годы произошло значительное ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулёзу в связи со снижением жизненного уровня большей части населения, а также ухудшением проведения противотуберкулезных мероприятий. К настоящему времени стабилизации ситуации недостигнуто.

Особую тревогу вызывает рост инфицированности и заболеваемости туберкулёзом детей и подростков. Предупреждение и своевременное выявление туберкулёза среди них – задача преимущественно педиатров общей лечебной сети. В настоящее время состояние данных разделов работы не вполне удовлетворительное.

В процессе подготовки в высших учебных заведений врачей-педиатров изучение туберкулеза, как взрослых, так и детей и подростков проводится в соответствии с программой. Существующие учебники посвящены преимущественно туберкулезу взрослых. По туберкулезу детей и подростков имеются лишь руководства для врачей.

**1. Диагностика туберкулеза**

**1.1 Жалобы и анамнез**

Постановка диагноза туберкулеза у детей и подростков в современных условиях представляет определенные затруднения, так как клинико-рентгенологические проявления заболевания нередко выражены слабо, маскируются под другие заболевания, отсутствуют типичные для туберкулеза симптомы. Редко наблюдается бактериовыделение. Поэтому тщательное обследование ребенка с использованием всех существующих методов диагностики чрезвычайно важно. Обследование проводится по общепринятым схемам, рекомендуется обратить внимание на ряд особенностей.

Жалобы у больного туберкулезом ребенка часто отсутствуют.

Наиболее отчетливо они представлены родителями в раннем детском возрасте, слабее у дошкольников. В возрасте 7–11 лет жалобы выражены слабо или отсутствуют, в подростковом возможны различные ситуации. Поэтому очень внимательно следует относиться к тем проявлениям болезни, которые имеются.

*Общие проявления (синдром интоксикации).*

Раньше всего родители начинают отмечать, что ребенок изменил свое поведение. В раннем возрасте дети становятся без видимой причины плаксивыми, капризными, плохо спят. Дошкольники быстро утомляются, появляется раздражительность, неадекватная реакция на окружающее. Школьники начинают плохо учиться, снижается внимание и память. Эти симптомы являются, главным образом, отражением нарушений со стороны центральной нервной системы.

Желудочно-кишечные расстройства являются одним из ранних симптомов туберкулёза у ребенка – снижается аппетит, нарушается пищеварение. Иногда в раннем возрасте, несмотря на идеальные условия вскармливания, наблюдаются диспепсические явления.

Нарушение развития ребенка, снижение массы тела может быть следствием желудочно-кишечных расстройств. Но иногда, особенно в раннем возрасте, ребенок плохо развивается и теряет в массе при правильном вскармливании и без расстройств кишечника. При ранних формах туберкулеза развитие детей и подростков нередко не страдает.

Температура при ранних и ограниченных формах туберкулеза часто остается нормальной. При более распространенных формах и затяжном течении нередко наблюдается субфебрилитет, а иногда и повышение до38–39°С. Температурная кривая при туберкулезе имеет неправильный характер. Обычно наблюдаются небольшие повышения температуры к вечеру, но со значительными размахами между утренними и вечерними измерениями. В некоторых случаях температура не превышает 37° вечером, но по утрам падает до 36–36,2°. В разные дни температура различна. Иногда она повышается в необычное время. Рекомендуется измерять температуру в 8,12, 17 часов, при необходимости, чаще. Особенностью туберкулеза является хорошая переносимость повышенной температуры. При остром течении туберкулеза, при тяжелых прогрессирующих формах температура может принимать гектический характер и очень изнуряет ребенка.

Необходимо принять к сведению, что длительный субфебрилитет вызывается не только туберкулезом, но и многими другими хроническими воспалительными процессами. В то же время высокая лихорадка невыясненной этиологии должна вызывать подозрение на туберкулез. Потливость нередко наблюдается у детей и подростков. При остротекущих формах беспокоят проливные поты по ночам. Проявлениями синдрома интоксикации у детей могут быть головные боли, летучие боли в суставах. У девушек иногда наблюдаются нарушения менструального цикла. Возможны боли в области сердца.

*Синдром поражения органов дыхания.*

Кашель – не является ведущим симптомом детского туберкулеза. В начальном периоде заболевания кашель совсем отсутствует или выражен слабо. При хронических формах кашель то появляется, то исчезает. При большом увеличении лимфоузлов средостения у детей грудного и раннего возраста кашель может носить своеобразный характер – битональный, у детей более старшего возраста – коклюшеподобный. Нередко кашель бывает сухим. У подростков часто наблюдается небольшой продуктивный кашель.

Мокрота – выделяется у детей в скудном количестве, и они ее обычно проглатывают. Получить мокроту у детей для исследования можно путем промывания бронхов и желудка натощак.

Кровохарканье – при туберкулезе у детей практически не встречается, у подростков – очень редко.

Одышка – при ранних формах туберкулеза не встречается. Она может наблюдаться при выраженном увеличении внутригрудных лимфоузлов, поражении крупного бронха с нарушением его проходимости. Отмечается одышка при милиарном, диссеминированном туберкулезе, экссудативном плеврите, распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе.

Боли в грудной клетке – у большинства детей отсутствуют; они могут быть проявлением вовлечения в процесс париетальной плевры, смещения средостения при осложнениях. Боли обычно небольшие, непостоянные, связанные с дыханием.

В анамнезе болезни необходимо выяснить начало и течение настоящего заболевания и возможную связь с какими-либо провоцирующими моментами. Следует помнить, что перенесенные ОРВИ, хронические бронхиты, повторные или затяжные пневмонии, иногда бронхиальная астма, экссудативные плевриты могут быть масками туберкулеза. Первые клинические проявления заболевания чаще нарастают постепенно, реже развиваются остро. Заболевание у детей нередко протекает бессимптомно и выявляется при профилактических обследованиях. Острое течение чаще встречается в раннем детском возрасте, бессимптомное – в школьном, особенно от 7 до 11 лет. Следует выяснить, не получал ли ребенок (подросток) аминогликозиды, рифампицин, фторхинолоны по поводу данного заболевания. Эти препараты обладают противотуберкулезным действием и улучшают состояние, смазывают клинику.

В анамнезе жизни необходимо обратить внимание на сведения о противотуберкулезных прививках – их сроках, своевременности постановки туберкулиновых проб и их результатах в динамике в течение всей жизни ребенка. Выясняется наличие контакта с больными туберкулёзом людьми и животными, виды контакта. При этом следует выяснить состояние здоровья членов семьи – отца, матери, родственников, а также соседей, с акцентом на подозрительные на туберкулез заболевания (плевриты, бронхиты, повторные пневмонии и др.). Важно выяснить сроки и результаты последнего флюорографического обследования родителей и других близких родственников. Имеют значение жилищно-бытовые условия семьи, материальная обеспеченность, социальная адаптация родителей, состав семьи. Важен характер туберкулиновой чувствительности у других детей в семье. Следует принять во внимание наличие у ребенка заболеваний, предрасполагающих к туберкулезу, методы проводившегося лечения.

**1.2 Объективное обследование**

Общее состояние ребенка зависит от формы и тяжести процесса и чаще остается удовлетворительным. Физическое развитие ребенка при свежих формах туберкулеза почти не страдает. При хроническом течении процесса обращают на себя внимание не по возрасту тонкие кости, в то время как рост не только не отстает, а наоборот, даже несколько превышает норму, это создает тип очень хрупкого и грациозного ребенка, высокого и худенького. При тяжелых осложненных формах ребенок отстает как в массе тела, так и в росте.

Цвет кожных покровов обычно умеренно бледный с сероватым колоритом, наблюдается синева под глазами. При осмотре кожи следует обратить внимание на наличие рубчиков после БЦЖ (в верхней трети наружной поверхности левого плеча), пигментных пятен послетуберкулиновых проб (на предплечье).

*При пальпации* определяется влажность, снижение тургора кожи, более выраженное у детей младшего возраста. Все лимфатические узлы, вт. ч. наружные, реагируют на туберкулезную инфекцию. В зависимости от давности процесса реакция различна. Основными признаками изменений лимфатических узлов при туберкулезе являются:

–увеличение свыше 5 групп;

–увеличение отдельных лимфоузлов свыше III размера;

–множественность увеличенных узлов в каждой группе;

–плотноэластическая консистенция;

–лимфоузлы вначале неспаянны, позднее спаяны между собой и окружающими тканями;

–изменение конфигурации лимфоузлов;

–реагирование преимущественно верхних групп лимфоузлов;

–безболезненность лимфоузлов.

При пальпации живота иногда можно определить увеличение печени и селезенки, как за счет токсико-аллергических реакций, так и за счет проявления специфического поражения. В редких случаях определяются признаки жидкости в брюшной полости.

При *аускультации* распространенное поражение легочной ткани (ателектаз, инфильтрация) проявляется ослабленным дыханием. Хрипы у детей прослушиваются очень редко, преимущественно при осложненных формах туберкулеза. Влажные среднепузырчатые хрипы (скудные, лучше прослушиваемые после покашливания) – признак распада легочной ткани; строго локализованные сухие хрипы – проявление поражения бронха.

**1.3 Рентгенологическое исследование**

Рентгенологическое исследование в клинической диагностике первичного туберкулеза у детей и подростков является основным и ведущим в выявлении характера морфологических изменений, уточнении протяженности поражения. Оно позволяет следить за течением и исходом заболевания.

Для правильной оценки рентгенологических данных необходимо учитывать возрастные особенности органов грудной клетки ребенка, правильность положения больного за экраном и качество рентгенограммы.

Томограмма трахеобронхиального слоя (через бифуркацию) является у детей обязательной и основной. Томографическая картина данного слоя в различных возрастных группах почти идентичная.

В сложных случаях диагностики туберкулёза у детей и подростков используется *компьютерная томография (КТ).* Она дает возможность выявить начальные малые формы поражения внутригрудных лимфоузлов. В норме лимфоузлы имеют диаметр не более 5 мм. В оптимальном варианте КТ должна использоваться для обследования всех детей и подростков с гиперергической чувствительностью к туберкулезу без выявления патологии при обычном рентгенообследовании, а также в других случаях с подозрением на патологию. Наиболее информативна КТ с повышенной разрешающей способностью, так называемая пошаговая КТ, когда томографические срезы повторяются через малые расстояния, 1 мм и даже меньше.

**1.4 Лабораторные методы обследования**

У детей, больных туберкулезом, мокроты бывает мало, и они ее обычно заглатывают. Поэтому исследуются на микобактерии туберкулеза (МБТ) промывные воды бронхов, желудка, мазки из зева. При обследовании на туберкулёз других органов исследуют мочу, отделяемое свищей, спинномозговую жидкость и т. п. Из методов исследования патогенного материала на МБТ используются в порядке возрастающей эффективности:

1. Бактериоскопический:

–простая бактериоскопия – разрешающая способность метода 5–10 тыс. МБТ в I мл патогенного материала;

–люминесцентный метод – он эффективнее метода флотации на 17–25%;

2. Метод посева или культуральный – разрешающая способность метода 10–40 особей МБТ в I мл патогенного материала;

3. Полимеразно-цепная реакция (ПЦР).

Наиболее быстрый, простой и недорогой метод – микроскопическое исследование диагностического материала на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ). Рекомендуется исследовать не менее 3-х мазков мокроты (ММ). В детской практике это более выполнимо по отношению к подросткам (чаще выделяющим мокроту), чем к детям.

Мокрота должна быть собрана под наблюдением и с помощью медсестры в специально выделенном для этого помещении лечебного учреждения – «кашлевой комнате». С целью качественного исследования ММ оно осуществляется не во всех лабораториях, а в специально выделяемых центрах микроскопии мокроты. Важно использование современных бинокулярных микроскопов.

*Изменения крови* при туберкулезе не являются специфичными. У детей нередко отмечается умеренная гипохромная анемия, иногда небольшой лейкоцитоз (до 14 тыс.), с некоторым сдвигом влево, часто лимфопения, эозинопения. Выраженная лимфопения, как и анэозинофилия, наблюдается при тяжелых и острых формах туберкулеза.

Обратное развитие процесса сопровождается лимфоцитозом и эозинофилией. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) при туберкулезе часто умеренно увеличивается и держится на повышенном уровне длительное время.

*В анализе мочи* отклонений от нормы обычно нет. При тяжелом течении туберкулеза появляются следы белка, единичные лейкоциты, единичные свежие эритроциты как проявления выраженной интоксикации.

*Бронхоскопия* позволяет изучить состояние трахеобронхиального дерева, которое нередко поражается при первичном туберкулезе. *Биоптические методы* исследования легких, бронхов, лимфоузлов, плевры и др. используются в случаях трудной диагностики. При показаниях исследуется *функция дыхания и кровообращения*. *УЗИ* информативно для определения наличия экссудата в плевральной полости, перикарде.

**2. Туберкулинодиагностика**

**2.1 Туберкулин**

Туберкулиновая проба Манту с 2ТЕ ставится всем детям и подросткам ежегодно, начиная с 12-месячного возраста, независимо от предыдущего результата. Детям, непривитым в роддоме, пробу Манту ставят 2 раза в год, начиная с 6-месячного возраста до получения ребенком прививки БЦЖ. Пробу Манту проводят на внутренней поверхности предплечья, при этом правое и левое предплечье чередуют. Рекомендуется проведение туберкулиновой пробы в одно и то же время года, преимущественно осенью.

Пробу Манту проводит по назначению врача специально обученная медсестра. Результаты пробы оценивает врач или специально обученная медсестра, проводившая эту пробу.

Результаты пробы Манту у детей и подростков фиксируются в учетной форме №063/у, в медицинской карте (ф. №026) и истории развития ребенка (ф. №112/у). При этом отмечается предприятие-изготовитель туберкулина, номер серии, срок годности, дата проведения пробы, правое или левое предплечье, результат пробы.

*Противопоказания* для постановки туберкулиновых проб с 2ТЕ в период массовой туберкулинодиагностики:

–острые и хронические в период обострения инфекционные и соматические заболевания (в том числе эпилепсия);

–аллергические состояния и заболевания;

–распространенные кожные заболевания;

–карантин по детским инфекциям.

Индивидуальная туберкулинодиагностика применяется для диагностики активного туберкулёза, независимо от срока постановки предшествующей пробы. Противопоказаний, кроме индивидуальной непереносимости, не имеется.

Проба Манту безвредна как для здоровья детей и подростков, так и для лиц с различными соматическими заболеваниями. Однако заболевания и предшествующие прививки могут влиять на чувствительность к туберкулину, усиливая или ослабляя ее. Туберкулинодиагностику следует проводить до других прививок или не ранее, чем через 1 месяц после прививки.

Вкомплексесдругимиметодамиобследованиятуберкулиноваяпробаимеетважноезначениевдиагностикетуберкулёзаудетей, в первую очередь, первичного.

Туберкулинодиагностика является основным методом выявления и одним из ведущих методов диагностики туберкулёза у детей.

Туберкулин – это экстракт культуры ТБМ, содержащий продукты их распада и жизнедеятельности. Туберкулин представляет собой специфический аллерген, с помощью которого определяют сенсибилизацию организма человека продуктами жизнедеятельности микобактерии туберкулёза.

Препараты туберкулина: старый туберкулин Коха – АТК (впервые получен Р. Кохом в 1890 г.) и очищенный туберкулин – purifiedproteinderivative (PPD). В современных условиях широко используется PPD, изготавливаемый из фильтрата смеси культур человеческого и бычьего типов, убитых нагреванием, и очищенный по специальной технологии с ультрафильтрацией. Отечественный препарат туберкулина, полученный Линниковой (PPD–L), выпускается в ампулах в сухом виде и в виде готового к употреблению раствора. В лечебных учреждениях используется лишь PPD–L в виде раствора в стандартной концентрации активностью 2 ТЕ в 0,1 мл по 3 мл в ампулах. 1 ТЕ содержит 0,00006 мг сухого препарата и соответствует такому количеству туберкулина, которое вызывает умеренно положительную реакцию при внутрикожном введении у 80–90% спонтанно инфицированных лиц. Препарат PPD–L сохраняет свои свойства в течение 12 мес. при хранении в темном месте при температуре от 0 до + 4°С.

Реакция на туберкулин – клиническое проявление феномена гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ), развивающейся вследствие сенсибилизации организма человека или животного полноценным антигеном – МБТ. Реакция возникает обычно через 24–72 часа. У человека, неинфицированного МБТ, реакция на туберкулин отрицательная (анергия). После первичного инфицирования происходит «вираж» туберкулиновой чувствительности, то есть переход реакции из отрицательной в положительную. «Вираж» можно констатировать только при том условии, если между отрицательной и положительной реакциями прошло не более года. Интенсивность туберкулиновой реакции определяется степенью специфической сенсибилизации организма, его реактивностью и некоторыми другими факторами. Аллергия к туберкулину может быть слабовыраженной – гипорергия*,* умеренной – нормергия и резкой – гиперергия.

**2.2 Чтение и оценка результатов пробы Манту с 2ТЕ**

Реакция на туберкулиновую пробу Манту читается через 72 часа после ее проведения следующим образом:

–*отрицательная –* полное отсутствие инфильтрата, гиперемии или наличие уколочной реакции (0–1 мм);

–*сомнительная –* инфильтрат (папула) размером 2–4 мм или только гиперемия любого размера;

–*положительная –* инфильтрат диаметром 5 мм и более;

–*слабоположительная реакция –* папула 5–9 мм;

–*нормергическая средней интенсивности –* 10–14 мм;

–*выраженная нормергическая –* 15–16 мм;

–*гиперергическими* считаются реакции в виде инфильтрата диаметром 17 мм и более у детей и подростков, 21 мм и более у взрослых, а также независимо от размеров инфильтрата везикуло-некротические реакции или лимфангит, или регионарный лимфаденит;

–*усиливающейся* (нарастающей) реакцией на туберкулин считают увеличение инфильтрата на 6 мм и более, по сравнению с предыдущей реакцией.

**3. Особенности течения туберкулёза в зависимости от возраста**

В возрасте от 0 до 18 лет наиболее высокую заболеваемость туберкулезом имеют подростки и дети 3–6 лет. Наиболее неблагоприятно протекает туберкулез в раннем детском и подростковом возрасте.

**3.1 Туберкулез у детей раннего возраста**

В раннем детском возрасте туберкулез имеет наибольшую склонность к прогрессированию, в этом возрасте развиваются самые тяжелые формы туберкулёза. Случаи смерти детей от туберкулёза преимущественно наблюдаются именно в этом возрасте, чаще на первом году жизни.

Эпидемиологическая обстановка по туберкулёзу среди детей раннего возраста характеризуется низкой инфицированностью, относительно высокой заболеваемостью и высокой смертностью (по сравнению с другими возрастными группами).

**3.2** **Туберкулез у подростков**

Подростковый (пубертатный) возраст – это период от начала полового созревания до его завершения, включающий у девочек 12–18 лет, у мальчиков 13–18 лет. Подростки имеют ряд медико-биологических и социально-психологических особенностей, отличающих их от младших детей и взрослых. В силу этих особенностей подростки относятся к группе риска не только по туберкулёзу, но и по всей общей патологии.

Бурные процессы физического, полового, психического развития, резкое ухудшение поведения в связи со стремлением выйти из-под опеки взрослых обусловливают повышенный риск развития туберкулёза и неблагоприятное его течение. Девочки, у которых гормональная перестройка происходит более бурно, болеют туберкулёзом в два раза чаще, чем мальчики, и тяжелее. Играет роль расширение сферы общения, увеличивающее опасность контакта с больными. Важным фактором риска являются вредные привычки: курение, употребление алкоголя и наркотиков. Имеют значение несерьезное отношение к своему здоровью, раннее начало половой жизни, беременность, социальная дезадаптация.

Эпидемиологическая обстановка по туберкулёзу среди подростков характеризуется высокой инфицированностью, высокой заболеваемостью. Случаи летальных исходов встречаются сравнительно редко.

*Особенности ТБ у подростков:*

– выраженность экссудативного компонента специфического процесса, что проявляется в высокой частоте инфильтративного туберкулёза (как первичного, так и вторичного генеза) и экссудативного плеврита;

– наклонность к развитию массивного казеозного некроза в лимфоузлах (туморозные бронхоадениты) и легочной ткани (казеозная пневмония);

– частые долевые и сегментарные бронхолегочные поражения при туберкулёзе внутригрудных лимфоузлов;

– долевые и сегментарные бронхолегочные поражения развиваются не в виде ателектаза, как у детей, а преимущественно в виде гиповентиляции с частым возникновением специфического процесса в зоне ателектаза;

– склонность к генерализации туберкулёза (частые внеторакальные поражения);

– частое развитие деструкций в легочной ткани (50%) и частое бактериовыделение;

– частое поражение бронхов;

– относительно высокая сенсибилизация организма, даже при вторичном туберкулёзе (параспецифические реакции, гиперпробы);

– наклонность к прогрессированию;

– наклонность к хроническому течению вплоть до развития фиброзно-кавернозного туберкулеза (чаще вторичного, реже первичного генеза).

Наиболее частые *клинические формы ТБ* у подростков: инфильтративный туберкулёз, очаговый, экссудативный плеврит, туберкулез внутригрудных лимфоузлов (преимущественно осложненный).

*Варианты клинических проявлений.* Преобладает малосимптомное и бессимптомное течение, даже при наличии относительно распространенного процесса в фазе распада. В то же время нередко наблюдаются выраженные клинические проявления, по типу так называемой «юношеской чахотки».

Выраженная клиника проявляется в фебрильной или высокой температуре, ночных потах, снижении массы тела, снижении аппетита, разбитости, головных болях, общей слабости, аменореи у девушек.

Кашель при туберкулёзе у подростков наблюдается в 60–80%, сухой или с незначительным количеством мокроты. В редких случаях бывает кровохарканье. Распространенные процессы сопровождаются одышкой.

Общее состояние чаще удовлетворительное, иногда тяжелое. Можно определить периферический полиаденит. Данные перкуссии и аускультации чаще скудные, иногда (при распространенных процессах) – относительно выраженные.

*Рентгенологически* чаще всего выявляются инфильтраты, преимущественно облаковидные. Инфильтраты первичного генеза часто двухсторонние, с увеличением внутригрудных лимфоузлов. В выявлении увеличенных лимфоузлов наиболее информативна компьютерная томограмма. Инфильтраты преимущественно сопровождаются полостями распада, очагами бронхогенного обсеменения, дорожкой к корню.

При других формах туберкулёза наблюдается соответствующая рентгенкартина. При первичном процессе – нередко синдром ателектаза или гиповентиляции.

*Реакция на пробу Манту с 2ТЕ – чаще* нормергическая, в 1/3 –гиперергическая. В большинстве случаев наблюдается нарастание чувствительности к туберкулину в динамике.

*Бактериовыделение* определяется в 40–50%. Нередко встречается лекарственная устойчивость (ЛУ) МБТ, в том числе множественная.

*Лечение и исходы.* Туберкулёз у подростков требует более длительного лечения, чем у взрослых (8–12 мес.). Нередко подростки неудовлетворительно переносят противотуберкулёзные препараты в связи с сенсибилизацией организма. Изменения в легочной ткани рассасываются и уплотняются, рубцуются полости распада. Медленно подвергаются обратному развитию изменения во внутригрудных лимфоузлах при первичном туберкулёзе.

В ряде случаев показано хирургическое лечение: при сохранении каверн, формировании туберкулом, туморозных бронхоаденитах.

При своевременно начатом, правильном и достаточно длительном лечении исходы, как правило, благоприятные. Основными причинами неблагоприятных исходов являются: поздняя диагностика, преждевременное прекращение лечения в связи с несерьезным отношением подростка к здоровью.

**4. Организация противотуберкулезной работы среди детей и подростков**

**4.1 Цели и задачи**

Туберкулез является социально-медицинской проблемой не только развивающихся, но и развитых стран. Это как национальная, так и международная проблема. Решение ее требует межведомственного подхода с активным участием не только медицинских работников всех специальностей, но и сотрудников многих других ведомств, а также государственного аппарата, администрации всех уровней.

Противотуберкулезный диспансер – организационно-методический центр борьбы с туберкулёзом.

Проведение противотуберкулезных мероприятий среди детей в значительной степени сказывается на ситуации по туберкулёзу в целом.

*Главная цель* борьбы с туберкулёзом – снижение распространенности туберкулёза среди населения, или улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулёзу.

Основные критерии достижения этой цели – эпидемиологические показатели по туберкулёзу:

– заболеваемость– количество впервые в жизни выявленных больных с активным туберкулезом в расчете на 100 тыс. человек населения;

– распространенность (болезненность)– общее количество больных с активным туберкулёзом, состоящих на учете тубучреждений, в расчете на 100 тыс.человек населения;

– смертность– количество умерших от туберкулёза на 100 тыс. человек населения;

– инфицированность – количество инфицированных МБТ в %;

– риск первичного инфицирования– количество впервые инфицированных в течение года в %.

*Основные задачи* борьбы с туберкулёзом:

– предупреждение (профилактика);

– раннее и своевременное выявление;

– излечение больных.

**4.2 Профилактика туберкулеза**

В соответствии с тем, что туберкулез является как инфекционным, так и социально значимым заболеванием, профилактика туберкулеза имеет 2 основных направления: социальное и санитарное (медицинское).

Первостепенное значение принадлежит социальной профилактике.

Этим термином обозначается совокупность мероприятий, осуществляемых в государственном масштабе, оказывающих положительное влияние на состояние здоровья широких масс населения и повышающих этим резистентность организма к туберкулезной инфекции. Сюда относится улучшение питания, решение жилищных проблем, охрана здоровья материи ребенка, развитие массовой физкультуры и спорта, организация полноценного отдыха детей и взрослых, оздоровление экологической обстановки, обеспечение необходимых санитарно-гигиенических условий в детских учреждениях, улучшения условий труда, борьба с профвредностями, повышение общего культурного уровня населения, уровня его санитарной культуры и проч.

Важным разделом социальной профилактики является индивидуальная профилактика туберкулеза, или комплекс мероприятий, выполняемых самим индивидом для укрепления своего здоровья. Это прежде всего здоровый образ жизни.

Для предупреждения заболевания *детей* большое значение имеет правильное их вскармливание в раннем возрасте и физическое закаливание.

Санитарная (медицинская) профилактика имеет своей целью предупреждение заражения людей туберкулезом, а также предупреждение перехода инфицирования в заболевание. К санитарной профилактике относится комплекс мероприятий, направленных против возбудителя туберкулеза. Эти мероприятия в свою очередь делятся на 2 группы: специфические – действующие против туберкулезной инфекции; неспецифические – оказывающие эффект при любых инфекционных заболеваниях.

К специфическим мероприятиям относятся: лечение больного открытой формой туберкулеза; противотуберкулезные прививки; химиопрофилактика.

Неспецифические санитарные мероприятия включают прежде всего работу в очаге туберкулезной инфекции.

Специфическая санитарная профилактика туберкулеза. Лечение больных туберкулезом направлено на уменьшение количества бактериовыделителей, являющихся основным источником инфицирования людей туберкулезом. Поэтому оно играет большую профилактическую роль. Первой необходимой частью проблемы уменьшения резервуара туберкулезной инфекции является выявление больных.

Санитарная неспецифическая профилактика включает оздоровление очагов туберкулезной инфекции, санитарный и ветеринарный надзор. Эпидемиологический очаг – место пребывания источника туберкулезной инфекции вместе с окружающими людьми и обстановкой в пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых заражений. Прежде всего, это жилое помещение больного. В настоящее время выделено понятие – территориальный очаг.

Территориальным очагом считается не только квартира, в которой проживает больной туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением, но и лестничная клетка, подъезд этого дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором. Источник туберкулезной инфекции – больной активным туберкулезом.

Работу по оздоровлению очага осуществляют участковый фтизиатр, его патронажная медсестра, эпидемиолог. Оздоровление очага включает комплекс мероприятий, направленных на предотвращение заражения и заболевания туберкулёзом членов семьи и других совместно проживающих лиц.

Обязательным и очень важным элементом этого комплекса является изоляция детей и подростков от бактериовыделителей путем госпитализации больных, их лечения или помещения детей и подростков в детские и подростковые оздоровительные учреждения (санатории, сады, лесные школы и т. п.). Первостепенное значение имеет изоляция новорожденного от больного активным туберкулёзом по меньшей мере на срок выработки поствакцинного иммунитета (2 мес.).

Одним из направлений профилактики туберкулёза является недопущение к некоторым видам работы больных активным туберкулёзом. Это работники детских учреждений, аптек и фармацевтических заводов и фабрик, водопроводных станций, предприятий детских игрушек, пищевой промышленности и общественного питания, предприятий по культурно-бытовому обслуживанию населения.

**Заключение**

Таким образом, повышение заболеваемости туберкулезом детей и подростков с 1990-хгодов в России требует серьезного внимания к этой важной проблеме педиатров всех специальностей.

Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулёза, характеризующееся образованием специфических гранулом в различных органах и тканях, а также полиморфной клинической картиной.

Основной источник заражения – больной активным туберкулезом, преимущественно открытой формой, как правило, взрослый, чаще всего с локализацией процесса в легких. Заражение происходит преимущественно воздушно-капельным путем. Факторы, предрасполагающие к развитию заболевания: тесный длительный (чаще всего семейный) контакт с больным активным туберкулёзом; ранний детский и подростковый возрастные периоды; неблагоприятные социальные условия; лечение иммунодепрессивными средствами.

Диагностика заболевания туберкулезом детей и подростков предполагает определенные трудности в связи с преобладанием стертых клинических проявлений и отсутствием характерных симптомов.

Очень важен тщательный сбор анамнеза с выявлением даже малозаметных симптомов. У детей обычно преобладают общие проявления и нередко отсутствуют симптомы со стороны органов дыхания. Как у детей, так и у подростков туберкулёз в большей части случаев выявляется при профилактических обследованиях.

В диагностике туберкулёза у детей велика роль туберкулиновых проб. Рано и своевременно выявленный туберкулёз у детей и подростков хорошо поддается лечению.

Таким образом, предупреждение, раннее выявление и излечение туберкулёза у детей – обязательное условие для решения проблемы туберкулёза.