

## ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ДЛЯ МАССОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ В АНГЛИИ И УЭЛСЕ

В 1955 г. в Англии и Уэльсе впервые проводилось массовое бецежирование школьников в возрасте 13 лет. Поставленные предварительно туберкулиновые пробы были положительными у 11—40% детей этого возраста. По данным за 1955 г. среди детей до 14 лет зарегистрировано 3614 больных легочным туберкулезом, 337 — туберкулезным менингитом и 1171 — туберкулезом других органов — всего 5122 больных. Фактически заболеваемость туберкулезом среди детей значительно выше. При массовом рентгеновском исследовании школьников в 1956 г. из 66 000 обследованных выявлено 134 больных туберкулезом, не состоявших на учете и не подозревавших о своей болезни.

Авторы считают целесообразным проводить массовое бецежирование детей в возрасте 10 лет. По данным ряда лечебных учреждений, длительность иммунитета, обеспечиваемого вакциной — около 10 лет. Таким образом, вакцинация детей в возрасте 10 лет предохранит их от инфицирования в наиболее восприимчивый к туберкулезу период полового созревания. Заболеваемость туберкулезом среди детей в возрасте до 5 лет (неконтактных) не превышает 3—5%. В связи с этим авторы считают проведение массовых прививок БЦЖ детей этого возраста неоправданными.

„British Medical Journal“, 1957, № 5035, p. 15—22.

## ТОЧНОСТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА „ТУБЕРКУЛЕЗ“

Показано, что интерпретация обычной рентгенографии дает большой процент ошибок, и диагноз туберкулеза, установленный таким путем, требует подтверждения с помощью постановки туберкулиновых кожных проб, обнаружения туберкулезных палочек, или при гистологическом исследовании. Авторы приводят результаты изучения 1295 больных, помещенных в Центральный вашингтонский туберкулезный госпиталь за 5 лет с 1950 по 1954 г. Диагноз активного туберкулеза подтвержден только в 629 случаях с помощью обнаружения ВК или при патологическом исследовании. Изучение туберкулиновых кожных реакций в США в 1954 г. показало, что положительные реакции развиваются только у 3,9% детей. При правильной постановке в разведении 1:1000—1:100 отрицательная реакция Манту исключает туберкулез в 95—97%. Исключения из этого правила (5—3%) относятся к инфицированным детям с еще не развившейся туберкулиновой чувствительностью (от 42 до 120 дней с момента заражения) и к агонирующим больным, утерявшим чувствительность. При массовой рентгеноскопии среди больных госпиталя выявлено 600 лиц, подозрительных на туберкулез; однако 59% из них было исключено из этой группы на основании отрицательных реакций Манту.

Обнаружение ВК служило главным подтверждением диагноза активного туберкулеза. Прямую микроскопию мазков мокроты проводили редко. Вместо этого микроскопировали осадок мокроты, полученной после гомогенизации, эмульгирования и центрифугирования в течение 20 мин при 3 300 об/мин. Осадок, кроме того, засеивали на среды Левенштейна (в модификации Иенсена и Холма) и Петраньяни. На следующий день микроскопию осадка мокроты повторяли и, если результат оказывался отрицательным, в течение трех последовательных дней производили посевы содержимого желудка, взятого натощак.

Последняя методика позволила подтвердить диагноз у  $\frac{1}{3}$  больных при отрицательных результатах других методов. У 127 больных ВК обнаружены однократно, из них у 47 — только на среде Петраньяни и у 43 — только на среде Левенштейна. Среда Петраньяни вообще давала более высокий процент находок у госпитализированных больных и меньший процент загрязнений. Тем не менее, рекомендуется одновременный посев на обе среды. У больных с положительной культурой ВК последние обнаруживались в обогащенной центрифугированием мокроте при микроскопии лишь в 38% случаев. При массовых исследованиях рекомендуют производить посевы, а не заражение морских свинок. При трехкратном исследовании материала ВК обнаружены: в 22,5% — при первичном туберкулезе, в 94% — при минимальном туберкулезе, в 95% — при умеренно выраженном туберкулезе и в 95% — при далеко зашедшем туберкулезе.

„American Journal of Medicine“, 1957, vol. 22, № 6, p. 904—912.