

клинико-лабораторной ремиссии у $2/3$ больных, значительно сократить число рецидивов заболеваний.

4. Сплошной осмотр вполне осуществим во время углубленного осмотра детей, ежегодно проводимого школьным врачом.

Поступила 25.12.86.

УДК 616.24—002.5—078.73—053.6

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ

З. Л. Шульгина, Е. Я. Потапова, М. Д. Горбачева, Л. С. Иванова

Кафедра туберкулеза (зав.—проф. З. Л. Шульгина) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Мы проанализировали заболеваемость туберкулезом подростков Саратовской области в 1981—1983 гг. и сопоставили ее с заболеваемостью смежных возрастных групп — детей 12—14 лет и молодых взрослых 18—19 лет. Как видно из таблицы, в структуре форм туберкулеза у детей преобладают первичные формы, а у подростков и юношей — вторичные (у половины из них — инфильтративный туберкулез и у четверти — очаговый). Более частое возникновение экссудативного плеврита и внелегочных форм связано, очевидно, с особой реактивностью подросткового возраста. Однако резкие различия в частоте первичного и вторичного туберкулеза у детей пубертатного возраста и подростков вряд ли можно объяснить только особенностями реактивности. Нужно думать, что первичные формы туберкулеза у подростков плохо диагностируются, поэтому определяются преимущественно вторичные формы. Для решения этого вопроса мы сопоставили результаты выявления туберкулеза у детей, подростков и молодых взрослых.

Формы туберкулеза у детей, подростков и молодых взрослых

Возраст	Формы туберкулеза					
	первич- ный	очаго- вый	инфильт- ративный	плеврит	прочие	внелегоч- ный
Дети (12—14 лет)	68,6	7,8	9,8	1,9	7,8	3,9
Подростки (15—17 лет)	8,0	25,0	44,3	9,6	8,0	4,8
Взрослые (18—19 лет)	1,5	21,2	55,9	7,0	12,6	1,5

Оказалось, что эффективность флюорографии в распознавании туберкулеза у детей весьма незначительна (у 29,4%), однако у подростков этот метод исследования позволяет устанавливать заболевание в 58,0% случаев, у взрослых — в 76,4%. Туберкулинодиагностика помогает обнаруживать заболевание у 49,0% детей; у подростков ее эффективность составляет лишь 4%, у взрослых — 0%. Но если у взрослых туберкулинодиагностика как метод раннего выявления туберкулеза не регламентирована, то у подростков столь низкая частота заболеваемости по пробам свидетельствует о значительно худшей по сравнению с детьми организации такой работы. Это подтверждается и слишком большой частотой заболеваемости по обращению, превышающей аналогичный показатель у детей в 1,7 раза, у взрослых — в 1,6 раза ($P < 0,001$).

С целью выяснения столь низкой распознаваемости заболевания у подростков по туберкулиновым пробам (4%) был проведен контроль качества туберкулинодиагностики. Сопоставление частоты отрицательных, сомнительных и положительных реакций показало их значительные расхождения в разных подростковых коллективах: максимальные колебания числа отрицательных реакций составили от 8 до 77%, сомнительных — от 0 до 38%, положительных — от 8 до 83%. Такая резкая разница в показателях не может быть обусловлена эпидемиологическими особенностями, она связана скорее с дефектами туберкулинодиагностики. Для выяснения истинной инфицированности в этом возрасте у 253 подростков была предпринята контрольная туберкулинодиагностика. Число отрицательных (0—1 мм) реакций составило 13%; сомнительных (2—4 мм или гиперемия) — 13%; положительных — 74%, из них гиперергических — 7,6%; средний диаметр

положительной реакции — 13,9 мм. Таким образом, туберкулинодиагностика должна проводиться бригадным методом только подготовленными к этому медсестрами.

Принимая во внимание, что подростки-школьники наблюдались в течение длительного времени школьными врачами-педиатрами, более знакомыми с вопросами туберкулинодиагностики как метода раннего выявления туберкулеза, чем врачи-терапевты, мы сопоставили методы обнаружения и структуру форм туберкулеза у школьников и не школьников. Из 124 подростков 57 были школьниками и 67 — учащимися других учебных заведений. Среди последних преобладали учащиеся ГПТУ и техникумов (соответственно 17 и 18); поступающих в учебные заведения было 14, работающих — 13, студентов вузов — 2 и после пребывания в режимном учреждении — 3.

Флюорографическая диагностика оказалась более эффективной у школьников, чем в других подростковых коллективах (соответственно 63 и 55%). По обращению заболеваемость у последних выявляется в 1,5 раза чаще, чем у школьников (44,8% и 29,8%). По туберкулиновым пробам туберкулез среди школьников был обнаружен в 7,1% случаев, среди учащихся других учебных заведений — в 1,5%. Соответственно неодинаковой была и структура форм туберкулеза. Так, у школьников частота первичного туберкулеза почти в 2 раза выше, чем в других подростковых коллективах (10,5% и 5,9%); частота очагового туберкулеза также выше в школьной среде (29,8% и 20,9%), а инфильтративного — во внешкольной (47,7% и 40,3%), более высока в последней и частота плевритов — в 1,7 раза (11,9% и 7,0%), внелегочных форм — в 4,3 раза (7,4% и 1,7%).

Таким образом, у школьников-подростков наблюдается более благоприятная структура форм туберкулеза, чем в иных учебных коллективах, что связано в значительной мере с различиями в методах выявления туберкулеза. Кроме того, в школах лучше организована работа с угрожаемыми по туберкулезу группами; в документации (форма № 63) имеются данные о всех предшествующих туберкулиновых пробах. В других подростковых коллективах эти сведения обычно отсутствуют, так как при поступлении в любое учебное заведение данные о прививках и пробах вносятся в форму № 286, в которой не предусмотрены сведения о туберкулиновых пробах в анамнезе, поэтому диагностика «виража» становится у них весьма затруднительной. При проверке формы № 286 у абитуриентов в 5 крупных учебных заведениях мы обнаружили сведения о туберкулиновых пробах лишь у трети из них, причем в большинстве случаев эта проба была единственной. Таким образом, диагностика раннего периода туберкулеза у подростков страдает из-за дефектов туберкулинодиагностики и качества исходной документации.

Этапность наблюдения за подростками-школьниками сначала школьными педиатрами, а затем подростковыми терапевтами пока не привела к улучшению профилактики и раннего выявления туберкулеза у подростков, что, возможно, связано с трудностями, неизбежными в такой переходный период. Необходимы более четкая организация работы по раннему обнаружению туберкулеза у подростков и соответствующий контроль противотуберкулезного диспансера.

Поступила 22.08.86.

УДК 616.24—002.1—036.11:613.63

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В КОНТАКТЕ С РАЗДРАЖАЮЩИМИ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Н. В. Владыко, А. А. Пенкович, А. В. Ефимов, Н. Н. Гаранина

Научно-исследовательский институт гигиены труда и профзаболеваний (директор — канд. мед. наук В. М. Благодатин) МЗ РСФСР, Горький

На заболеваемость и характер течения острой пневмонии влияют такие факторы, как колебание температуры, запыленность воздуха, наличие в нем вредных примесей, однако сведения о характере этого влияния довольно противоречивы. Ряд авторов [1, 2, 5] считают, что контакт с повышенными концентрациями сернистого газа, окислами азота, хромом и другими раздражающими веществами приводит к повышенной заболеваемости острыми респираторными заболеваниями