

населения. Отмена пробы Манту с 2 ТЕ начиная с 8-летнего возраста скажется негативно и на календаре профилактических прививок против туберкулеза. В г. Санкт-Петербурге, например, распоряжением Комитета по здравоохранению № 571-р от 07.10.2008 г. допускается в порядке исключения ревакцинация детей, не привитых своевременно из-за противопоказаний в 7 и 14 лет, в первый год после декретированного срока. Как быть? Не ревакцинировать БЦЖ в 8-летнем возрасте или нарушать готовящийся министерский приказ об отмене в этом возрасте пробы Манту с 2 ТЕ? В нынешней сложной эпидемической ситуации все это кажется весьма несвоевременным. В аналитическом обзоре статистических показателей за 2010 г. «Туберкулез в РФ» в главе 5 (5.7) приводятся данные, что второй ревакцинацией БЦЖ (в 14 лет) в целом по РФ охвачено 8% (107 891) детей, в некоторых регионах этот процент достигает 20-25%. Но разве наличие «всего лишь» 108 тыс. детей, нужда-

ющихся в ревакцинации, дает право отказываться от этой прививки? Ведь заболеваемость туберкулезом подростков остается высокой, это обусловлено и возрастными анатомо-физиологическими особенностями. В том же обзоре, в разделе 5.6 «Эффективность туберкулинодиагностики среди детей 0-17 лет», показано, что заболеваемость туберкулезом детей превышает общую регистрируемую заболеваемость в группе VIA в 2,7 раза, в группе VIB – в 18,7 раза и в группе VIB – в 2,8 раза. По заключению экспертов ВОЗ, задачу ликвидации туберкулеза можно решить лишь когда показатель инфицированности детей до 14 лет не будет превышать 1%, а риск инфицирования будет ниже 0,05%. Реальная эпидемическая ситуация в нашей стране еще далека от вышеуказанных критериев, когда станет вполне возможным радикально пересмотреть существующую систему диагностики и профилактики туберкулеза среди детей и подростков.

ПОКАЗАТЕЛЬ ИНФИЦИРОВАННОСТИ У ДЕТЕЙ ИЗ КВАРТИРНЫХ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

В. Н. КРИВОХИЖ¹, С. В. МИХАЙЛОВА², Т. А. ЛЕВИТ²

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,

²Противотуберкулезный диспансер № 12 Адмиралтейского района, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить показатель инфицированности у детей из квартирных очагов туберкулеза.

Материалы и методы. Обследовано 105 детей из квартирных очагов туберкулеза (основная группа) и 100 детей из здорового окружения (контрольная группа), проживающих в Адмиралтейском районе г. Санкт-Петербурга. Использованы эпидемиологический, клинический, статистический методы исследования.

Результаты. В процессе наблюдения за инфицированием детей из квартирных очагов туберкулезной инфекции получены следующие результаты. Показатель инфицированности микобактериями туберкулеза (МБТ) среди детей от 0 до 14 лет, проживающих в квартирных очагах туберкулеза с больным-бактериовыделителем, практически равен показателю инфицированности у детей из очагов туберкулеза с больным без установленного бактериовыделения (54,5 и 48,0% соответственно). Дети в возрасте до 3 лет, проживающие в квартирных очагах с больным-бактериовыделителем, в 3 раза чаще инфицировались, чем дети из здорового окружения (6,5 и 2,1% соответственно). В 4-6 лет – показатель инфицированности у детей в квартирных очагах с больным-бактериовыделителем выше в 4 раза, чем аналогичный показатель у детей из здорового окружения (60,0 и 14,8% соответственно), в 7-14 лет – выше в 1,5

раза (75,0 и 54,5%) ($p < 0,01$). В квартирных очагах с больным без установленного бактериовыделения инфицирование у детей в возрасте до 3 лет не зарегистрировано. В 4-6 лет показатель инфицированности среди детей из квартирных очагов с больным без установленного бактериовыделения превышает данный показатель у детей из здорового окружения в 3,3 раза (50,7 и 14,8% соответственно), а в 7-14 лет практически равен данному показателю среди детей из здорового окружения (58,8% и 54,5% соответственно). Вираз туберкулиновой чувствительности в возрасте от 0 до 14 лет при обследовании по контакту установлен у 15,6% детей из квартирного контакта с больным-бактериовыделителем и у 7,6% детей из квартирного контакта с больным туберкулезом без установленного бактериовыделения ($p < 0,05$). Анализ первичного инфицирования показывает, что у детей в возрасте до 3 лет из квартирного очага туберкулеза с больным-бактериовыделителем в 3,5 раза чаще диагностируется вираз чувствительности к туберкулину в сравнении с детьми, проживающими в здоровом окружении ($p < 0,01$). В возрасте от 4 до 6 лет дети с одинаковой частотой впервые инфицируются МБТ, проживая в квартирных очагах как с больным-бактериовыделителем, так и с больным туберкулезом без установленного бактериовыделения. Следовательно, квартирные туберкулезные очаги в равной степени опасны для

детей данного возраста. В возрасте 7-11 лет выявлено наибольшее число детей с выражением туберкулиновой пробы (25,0%) из квартирного контакта с бактериовыделением, что, вероятнее всего, связано с угасанием иммунитета против туберкулеза и расширением общения ребенка в данном возрасте. Следовательно, дети раннего дошкольного возраста (до 3 лет) и в возрасте 7-11 лет, проживающие в условиях квартирного контакта с больным-бактериовыделителем, являются угрожаемыми группами по развитию инфицирования МБТ и заболевания туберкулезом. В возрасте 12-14 лет выражение туберкулиновой пробы у детей не установлен, так как все дети при обследовании по квартирному

контакту были уже инфицированы ранее, и их инфицированность составляла 100,0%.

Выводы. Квартирные очаги туберкулеза с больным без установленного бактериовыделения, как и квартирные очаги туберкулеза с больным-бактериовыделителем, представляют одинаковую эпидемическую опасность для детей любого возраста. Дети, проживающие в квартирных очагах туберкулезной инфекции, являются угрожаемыми группами по развитию у них инфицирования МБТ и заболевания туберкулезом, нуждаются в обязательном регулярном обследовании в условиях противотуберкулезного диспансера и более пристальном наблюдении со стороны фтизиопедиатров.

ЗНАЧЕНИЕ НОВОГО КОЖНОГО ТЕСТА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Ж. И. КРИВОШЕЕВА¹, Г. Л. ГУРЕВИЧ², Н. С. МОРОЗКИНА¹, Н. А. ЕМЕЛЬЯНОВА¹, А. П. АСТРОВКО², Е. Л. БОБРУКЕВИЧ²

¹Белорусский государственный медицинский университет,

²РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, г. Минск, Республика Беларусь

Снижение уровня риска первичного инфицирования, стабильный невысокий уровень заболеваемости туберкулезом (ТБ) детей в Беларуси, известные ограничения в отношении надежности интерпретации пробы Манту позволили перейти с 2012 г. от сплошной к выборочной туберкулинодиагностике – постановке ежегодных проб Манту только у детей из групп риска по развитию ТБ. Перераспределение ресурсов позволило внедрить и применять новые тесты для ранней диагностики туберкулезной инфекции, осложнений вакцинации БЦЖ и избежать лишнего профилактического назначения противотуберкулезных препаратов.

Вакцинация против ТБ детей раннего возраста в республике проводится в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения для стран с высоким бременем ТБ, в графике иммунизации сохранена селективная ревакцинация в 7 лет детей, относящихся к группам риска по ТБ. Учитывая тот факт, что доказательства защитной функции повторных БЦЖ-вакцинаций не подкреплены научными данными и многочисленными контролируемыми исследованиями, в новом национальном календаре профилактических прививок с 2013 г. отменена вторая ревакцинация детей против ТБ в 14 лет.

В современных условиях высока клинко-эпидемиологическая значимость ТБ с устойчивостью возбудителя у больных детей (20-24% от всех выявленных), доля мультирезистентного ТБ у подростков сопоставима с показателем у взрослых, абсолютное большинство из них – дети из очага мультирезистентного ТБ. В связи с этим выделена группа детей, у которых проведение химиопротифи-

лактики противотуберкулезными препаратами основной группы нецелесообразно.

Среди методов ранней диагностики туберкулезной инфекции у детей основным остается проба Манту с 2 ТЕ. В 2012 г. на базе клиники РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии проведены клинические исследования нового аллергена туберкулезного рекомбинантного – диаскинтеста (ДСТ), разработанного российскими учеными. Техника постановки и учета результатов идентичны пробе Манту, что делает тест удобным для скрининговой диагностики туберкулезной инфекции и использования в клинической практике. Создана электронная база данных проведенных взрослых и детям 1 908 проб.

Материалы и методы. Проанализированы медицинская документация и результаты ДСТ у 408 детей: 53 пациентов с активным ТБ, 20 – с клинически излеченным, 12 – с нетуберкулезными заболеваниями, 20 детей с осложнениями БЦЖ-вакцинации и 303 здоровых детей из различных групп риска по ТБ.

Результаты. Пациенты с активным ТБ на разных стадиях противотуберкулезной химиотерапии реагировали положительной реакцией в 88,7%, в начале лечения – в 94,0% случаев. Четверо детей с легочным ТБ и 2 ребенка с ТБ периферических лимфоузлов имели отрицательную реакцию на ДСТ (11,3%). В процессе химиотерапии произошли снижение реакции на ДСТ и ее реверсия в отрицательную у 88,5% детей. Результат ДСТ был отрицательным в начале и через 3-4 мес. химиотерапии в 4 (7,7%) случаях, конверсия ДСТ из отрицательного в начале лечения в положительный произошла в 2 (3,8%) случаях. В случаях прогрессирующих форм ТБ реакция на ДСТ была более