

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 химиопрофи-

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

выраженной, чем на пробу Манту. Все пациенты с клинически излеченным ТБ имели положительную реакцию на пробу Манту, а на ДСТ реагировали отрицательно в 65,0%, положительно – в 35,0% случаев. Причем положительно реагировали пациенты, не получавшие противотуберкулезных препаратов, со спонтанно излеченным ТБ.

Все дети с нетуберкулезными заболеваниями и БЦЖ-осложнениями, у которых реакция на пробу Манту была положительной, имели отрицательную реакцию на ДСТ.

В группе детей из здорового окружения с виражом туберкулиновой пробы ДСТ был положительным у 19,5%, среди детей с гиперергической туберкулиновой реакцией – у 16,6%, при давнем тубинфицировании с нарастанием туберкулиновой чувствительности – у 28,8%. Детям с положительным и сомнительным результатом ДСТ было назначено соответствующее лечение изониазидом, остальные (примерно 80%) оставались под наблюдением фтизиатра. В течение полутора лет случаев заболевания ТБ среди них не выявлено.

Частота положительных проб на ДСТ у детей из тубконтакта была достоверно выше, чем у детей из здорового окружения ($p < 0,001$), составила 45-50% и коррелировала со степенью риска развития ТБ у ребенка. Максимальные размеры папулы регистрировали у детей с виражом туберкулиновой пробы из семейного очага туберкулезной инфекции.

Из побочных реакций на ДСТ отмечены 3 случая повышения температуры.

Заключение. Кожная проба с препаратом ДСТ обладает высокой чувствительностью (частота положительных реакций у детей с активным ТБ составила 88,7%), высокой специфичностью (частота отрицательных реакций у детей с нетуберкулезными заболеваниями и осложнений вакцинации БЦЖ составила 100%), безопасна для применения в детской практике – необычных реакций не наблюдалось.

Внедрение в детскую фтизиатрическую практику теста позволит:

1. Повысить качество ранней диагностики локальных форм ТБ и латентной туберкулезной инфекции, дифференциальной диагностики ТБ и БЦЖ-осложнений, ТБ и нетуберкулезных заболеваний, тем самым увеличить достоверность показателя детской заболеваемости ТБ.

2. Выявить группы наибольшего риска развития ТБ среди здоровых детей, обоснованно назначить профилактическое лечение противотуберкулезными препаратами.

3. Определить показания для превентивной химиотерапии у детей с иммунными нарушениями (ВИЧ-инфекция, трансплантация, до и после иммуносупрессивной терапии) и проводить мониторинг активности туберкулезной инфекции в процессе лечения.

МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

З. Е. ЛИНЕВА¹, Н. А. ГУЛЯЕВА¹, М. В. РОМАНОВА¹, М. Н. ВАСИЛЬЕВА¹, В. П. СТАРОСТИН², З. М. ТРЕТЬЯКОВА¹

¹Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова,

²Республиканский туберкулезный санаторий им. Т. П. Дмитриевой, г. Якутск

Длительная поливалентная химиотерапия, проводимая больным туберкулезом легких, приводит к подавлению нормальной микрофлоры слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, бурному развитию условно-патогенных бактерий, развитию воспалительных процессов в желудочно-кишечном тракте, формированию вторичного иммунодефицита, аллергических реакций, что приводит к возникновению и росту негативных реакций и отрицательно влияет на эффективность проводимой химиотерапии.

Проведены бактериологические исследования фекалий на дисбактериоз кишечника у 20 детей с различными клиническими формами туберкулеза. Установлены значительные изменения в составе лактобактерий у всех обследованных – 20 (100%), в виде дефицита этих важных представителей микрофлоры в сочетании со снижением у 25% больных показателей

бифидобактерий. На фоне снижения основных и важных представителей нормальной микрофлоры обнаружены ассоциированные представители условно-патогенной флоры в единичных случаях (*E. coli* и *Stafilococcus aureus* у 4 пациентов – 50%). По степени тяжести дисбиотических нарушений у 56,0% больных констатирована 1-я степень тяжести дисбиоза и у 43,75% – 2-я степень нарушения микрофлоры кишечника. Параллельно исследовано содержимое из зева и носа на присутствие неспецифической флоры у 16 больных. Анализ исследований показал, что у абсолютного числа пациентов – 14 (87,5) – обнаружены *Staphylococcus aureus* в сочетании с другими представителями условно-патогенной микрофлоры.

Заключение. Полученные данные диктуют необходимость усовершенствования методов устранения выявленных нарушений в составе