

## ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЫ С ДИАСКИНТЕСТОМ В ДИАГНОСТИКЕ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Е. И. ЛУКАШОВА<sup>1</sup>, И. Ф. КОПЫЛОВА<sup>2</sup>, И. Н. ПИСКУНОВА<sup>1</sup>, О. Ю. АМАНГАЛИЕВА<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Областной клинический противотуберкулезный диспансер,

<sup>2</sup>Государственная медицинская академия, г. Кемерово

**Цель исследования:** оценка диагностической значимости пробы с диаскинтестом (ДСТ) при активном туберкулезе у детей в сравнении с туберкулиновой пробой Манту с 2 ТЕ ППД-Л, а также определение факторов, влияющих на реакцию на ДСТ.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты обследования 89 детей (40 мальчиков, 49 девочек) с активным туберкулезом, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Кемеровского областного клинического противотуберкулезного диспансера. Возраст пациентов – от 0 до 18 лет. В результате комплексного обследования диагностированы следующие клинические формы туберкулеза: туберкулез внутригрудных лимфоузлов (ТВГЛУ) – 42 (47,2%) случая, первичный туберкулезный комплекс (ПТК) – 14 (15,7%), инфильтративный туберкулез – 20 (22,5%), экссудативный плеврит – 4 (4,5%), диссеминированный туберкулез – 2 (2,2%), туберкулема – 2 (2,2%), туберкулез внеторакальных локализаций – 3 (3,4%), генерализованный туберкулез 2 (2,2%). Методы обследования и лечения соответствовали общепринятым. В 34 случаях использовали компьютерное томографическое обследование органов грудной клетки, у всех – УЗИ органов брюшной полости. Пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л и пробу с ДСТ проводили всем детям при поступлении в стационар и окончании курса лечения перед выпиской. Весь основной курс лечения проходил в условиях стационара, продолжительность его составила в среднем 9,6 мес.

**Результаты.** При первичном обследовании положительно прореагировал на ДСТ 81 ребенок из 89 (91,0%), на туберкулин – 85 (95,5%) детей. Положительная реакция на туберкулин, как известно, свидетельствует лишь об инфицированности микобактериями. Чувствительность ДСТ в определении активности туберкулезного процесса составила, по нашим данным, 91%. По степени выраженности наиболее часто наблюдались гиперергические реакции на ДСТ – 53 (59,6%) случая, нормергические на туберкулин – 35 (39,3%). Гиперергические и выраженные нормергические реакции в сумме составили 67 (75,3%) случаев и 42 (41,2%) соответственно. Отрицательные реакции отмечены на ДСТ в 7 (7,9%) случаях, на туберкулин – в 2 (2,2%), сомнительные – в 1 (1,1%) и 3 (3,4%). Таким образом, у детей при активном туберкулезе положительные реакции были значительно ярче выражены на ДСТ, чем на туберкулин. Отрицательная реакция на ДСТ чаще (5 случаев

из 7) сопровождалась нормергической реакцией на пробу Манту, а отрицательная реакция на пробу Манту (2) – выраженной нормергической (1) и гиперергической (1) реакцией на ДСТ. Последнее можно объяснить пассивной анергией на туберкулин при распространенном туберкулезном процессе с сохранением чувствительности на ДСТ. При гиперергической реакции на ДСТ (53 случая) реакция на туберкулин оказалась аналогичной лишь в 20 (37%) случаях. Чаще она была нормергической, выраженной или умеренно выраженной. Гиперергическая реакция на пробу Манту (26) в большинстве случаев (22) соответствовала гиперергической реакции на ДСТ. Изучена частота гиперергических реакций на ДСТ в зависимости от клинической формы туберкулеза. Если среди всех детей с активным туберкулезом доля пациентов с гиперергической реакцией на ДСТ составила 59,6%, то при клинических формах первичного туберкулеза (ТВГЛУ, ПТК и экссудативный плеврит) она оказалась значительно выше – 72,5% (29 из 40). Почти такая же частота резко положительных реакций на ДСТ наблюдалась при инфильтративном туберкулезе – 70% (14 из 20). Наличие тесного контакта с бактериовыделителями тоже повышало долю детей с гиперпробами до 67,3% (33 из 49). Зависимость реакции от возраста детей, наличия осложнений не установлена. В результате проведенного лечения во всех случаях достигнут клинический эффект лечения преимущественно с формированием малых остаточных изменений (37 детей – 41,9%) или полным рассасыванием изменений – 31 ребенок (34,9%). По окончании лечения реакция на ДСТ сохранилась положительной в большинстве случаев – 71 из 81 (87,6%), реакция на туберкулин – во всех 85 случаях (100%). Изменилась степень выраженности реакций. Число детей с гиперергическими реакциями на ДСТ сократилось в 2 раза (с 53 до 27), на туберкулин – в 3 раза (с 26 до 8). Увеличилась частота умеренно выраженных нормергических реакций на ДСТ в 3 раза (с 9 до 26), на пробу Манту – в 2 раза (с 35 до 58). Таким образом, после завершения курса лечения с достижением клинического характера реакция на ДСТ в преобладающем количестве случаев осталась положительной, но степень выраженности ее значительно снизилась.

**Заключение.** Чувствительность пробы с ДСТ при активном туберкулезе у детей составила, по нашим данным, 91%. Положительные реакции на ДСТ были выражены значительно ярче, чем

на пробу Манту. Следовательно, ДСТ может считаться вспомогательным методом в диагностике активного туберкулеза и должен использоваться в комплексе с другими видами обследования. Частота гиперергических реакций на ДСТ существенно повышается при ТВГЛУ, ПТК, экссудативном плеврите, инфильтративном туберкулезе, а также при наличии тесного длительного контакта с бак-

териовыделителем. Достижение клинического эффекта в ходе лечения в большинстве случаев не сопровождается переходом положительной реакции на ДСТ в отрицательную, но степень выраженности реакции снижается. Следовательно, в оценке эффективности лечения данный тест не является решающим, но также может использоваться в комплексе с другими методами.

## ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИЗ СЕМЕЙНОГО КОНТАКТА

О. В. МАСЛОВА<sup>1</sup>, О. К. КИСЕЛЕВИЧ<sup>2</sup>, Е. Е. ВЛАСОВА<sup>1</sup>, А. Н. ЮСУБОВА<sup>1</sup>, Е. В. БОГДАНОВА<sup>1</sup>

<sup>1</sup>МНПЦ борьбы с туберкулезом,

<sup>2</sup>ТБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», г. Москва

На фоне относительно благоприятной эпидемической ситуации по туберкулезу в целом заболеваемость детей остается достаточно высокой. Увеличение «истинной» заболеваемости зачастую связано с ростом числа источников инфекции. В раннем возрасте из-за ограниченности контактов общения инфицирование микобактериями туберкулеза происходит в семье, что приводит в этой возрастной группе к развитию заболевания практически у всех детей.

Возникновение туберкулеза в раннем возрасте часто связано с наличием фоновых заболеваний, отсутствием противотуберкулезного иммунитета, неблагоприятными условиями жизни в семье, недостаточными профилактическими мероприятиями в очаге.

**Цель:** изучение заболеваемости туберкулезом у детей раннего возраста, проживающих в одной семье с больными туберкулезом родственниками, и факторов, на нее влияющих.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни 59 детей от 0 до 3 лет из 28 семей, находившихся на лечении в туберкулезном легочном педиатрическом отделении МНПЦ БТ с 2006 по 2013 г. В исследование включены дети, проживающие в одной семье, состоящие в родственных отношениях. Было выявлено 25 семей, в которых было по 2 ребенка (из них в 3 семьях дети были из двойни), в 3 – по 3 детей. Мальчиков было 25, девочек – 34. Контакт с больным туберкулезом установлен в 89% семей.

**Результаты.** Неблагоприятные условия жизни были выявлены у  $\frac{2}{3}$  семей (алкоголизм, наркомания, ВИЧ-инфекция у родителей, семьи мигрантов и приезжих). Среди взрослых членов семьи туберкулезом болели: мать – в 13 семьях, отец – в 6, бабушка – в 6, дедушка – в 4, дядя – в 1, очаг смерти – 3, множественный контакт – 6 семей.

В многодетных семьях: в одной семье туберкулезом заболели все трое детей (мальчик, 1 год 7 месяцев – 2-сторонний туберкулез внутригруд-

ных лимфатических узлов (ТВГЛУ), сестра, 2 года 10 месяцев – генерализованный туберкулез – туберкулезный менингоэнцефалит и ТВГЛУ, старший брат, 5 лет – ТВГЛУ, туберкулезный плеврит). В двух семьях двое детей из 3 заболели локальным туберкулезом, у двоих установлен диагноз туберкулезной интоксикации.

Диагноз туберкулеза был подтвержден у всех детей. Среди них туберкулезная интоксикация – у 15, ТВГЛУ – 32, из них 4 случая с осложненным течением, первичный туберкулезный комплекс – 8, генерализованный туберкулез – у 6 детей, из них менингоэнцефалит – 2, туберкулез органов брюшной полости (перитонит, мезаденит) – 1, туберкулез костей – 2, туберкулез периферических лимфоузлов – 1, туберкулез почек – 1.

**Выводы.** Дети, проживающие в семьях, где есть больные туберкулезом, подвержены наибольшему риску заболевания. На заболеваемость детей туберкулезом оказывают влияние медицинские и социальные факторы: длительный тесный семейный контакт, наличие фоновых заболеваний, неудовлетворительные социально-бытовые условия жизни, отсутствие характерных начальных клинических проявлений туберкулеза, нередко маскирующихся под неспецифические заболевания.

В ряде случаев заболевание у родителей выявляется после установления диагноза у ребенка, что происходит из-за отсутствия приверженности взрослого населения к регулярным обследованиям и недостаточной общей настороженностью к туберкулезу.

Для детей раннего возраста наиболее существенной профилактической мерой является предупреждение контакта. Поэтому до рождения ребенка необходимо усилить профилактические мероприятия в семьях, где есть больные туберкулезом, провести обследование соседей, если семья проживает в коммунальной квартире или общежитии. После рождения ребенка необходи-