

ние туберкулиновой чувствительности, у всех трех пациентов отсутствовал установленный контакт с больным туберкулезом и кожная ГЗТ на введение диаскинтеста. В лабораторных показателях в одном случае отмечались нейтрофилез и гипергаммаглобулинемия, у 2 других – диспротеинемия.

**Заключение.** В случаях, когда не выявлен достоверный контакт с больным туберкулезом, отсутствует реакция на введение диаскинтеста, но при этом пациент отмечает наличие жалоб интоксикационного и/или респираторного характера, сопровождающиеся воспалительными изменениями в ОАК и/или диспротеинемией, целесообразно рекомендовать обследование на другие инфекции нетуберкулезной этиологии. Учитывая вышепе-

речисленное, можно рекомендовать дополнительные обследования: иммуноферментный анализ с определением титра антител к ЦМВ, ВЭБ, хламидийной инфекции (*pneumoniae, psitaci*) при выявлении внутригрудной лимфаденопатии. При диагностике другого этиологического агента предполагается уменьшение потока пациентов в противотуберкулезный диспансер, что в свою очередь приведет к снижению заболеваемости туберкулезом в детской возрастной группе. Для исключения субъективизма в оценке всех факторов необходимо разрабатывать математические модели для принятия решения о наличии заболевания не по одному критерию, а по сумме таковых с разным коэффициентом значимости.

---

## СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ БЦЖ-ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА

Р. Х. ФАТЫХОВА, А. П. АЛЕКСЕЕВ, Г. К. БИККЕНИНА

ГАУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер», г. Казань

---

**Цель исследования:** изучить алгоритм диагностики и лечения генерализованной БЦЖ-инфекции у ребенка.

**Материалы и методы.** Среди осложнений вакцинации против туберкулеза у детей преобладают локальные поражения (холодные абсцессы, язвы) и регионарные лимфадениты – 1-я категория осложнений (согласно приказу МЗ РФ от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»). Частота осложнений после вакцинации в Республике Татарстан составляет 0,006-0,015% от числа привитых. В последние годы в клинической структуре поствакцинальных осложнений увеличилась доля осложнений 2-й категории (БЦЖ-оститы), выявлен один случай генерализованной БЦЖ-инфекции.

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (карта регистрации больного с осложнением после иммунизации туберкулезной вакциной, амбулаторная карта ребенка Ф-112) ребенка с генерализованной БЦЖ-инфекцией, выявленной в 2011 г. в возрасте 2 года 6 месяцев.

**Результаты.** Установлено, что ребенок родился от молодых и здоровых родителей. Беременность и роды (I) протекали без патологии. В родильном доме вакцинирован против гепатита и вакциной БЦЖ-М, далее прививки проводились по национальному календарю прививок. До 2,5-летнего возраста развивался соответственно возрасту, перенес 2 раза острую респираторно-вирусную инфекцию. Отмечали длительное заживление местной реакции на БЦЖ-М. Контакт с туберкулезом не установлен, окружение ребенка обследовано флюорографически. Результаты туберкулиновых проб и проба с диаскинтестом в динамике отрицательные.

Заболевание выявлено при обращении за медицинской помощью к педиатру по месту жительства с жалобами на фебрильную лихорадку в течение недели, вялость, адинамию, кашель и насморк. Получил лечение амбулаторно (антимикробная терапия) в течение 3 нед. без эффекта. Далее поступил в соматический стационар с предварительным диагнозом: внебольничная пневмония, где была проведена неспецифическая антимикробная терапия. При дообследовании (рентгенокомпьютерная томография) выявлены гиперплазия внутригрудных лимфоузлов, понижение пневматизации легочных полей, гепатоспленомегалия, гиперплазия лимфоузлов ворот печени, очаги в паренхиме печени и селезенки, гиперплазия диффузная надпочечников с множественными кальцинированными очагами, гиперплазия подмышечных лимфоузлов с «глыбчатой» кальцинацией слева.

Ребенок обследован на ВИЧ, HbsAg, гепатит С, сальмонеллез, иерсиниоз, малярийные плазмодии, цитомегаловирусную инфекцию, описторхоз, токсоплазмоз, эхинококкоз, трихinelлез, бруцеллез, туляремию, псевдотуберкулез – без патологии.

На фоне неспецифической антимикробной, антимикотической и патогенетической терапии в течение месяца состояние ребенка продолжало ухудшаться, нарастала интоксикация, появилась на теле и конечностях геморрагическая сыпь, в анализах крови – резкое падение числа тромбоцитов, прогрессирующая анемия, выраженный нейтрофилез со сдвигом до юных форм при нормальных показателях СОЭ и числа лейкоцитов. После проведения пункции костного мозга исключен неопластический процесс. Исключена хроническая гранулематозная болезнь (в условиях ДРКБ

МЗ РФ). Проведена биопсия печени, селезенки и лимфатического узла, где обнаружены гранулемы с центральным некрозом без казеоза.

После установления диагноза – генерализованная БЦЖ-инфекция (консультация в отделении иммунологии ДРКБ МЗ РТ, НИИ фтизиопульмонологии г. Москвы) – начата специфическая терапия (изониазид, рифампицин, этамбутол, амикацин, затем таваник).

На фоне специфического лечения в течение 1,5 мес. наметилась положительная динамика (клиническая, лабораторная), но появились очаговые поражения тел грудного и поясничного отделов позвоночника, костях таза и бедренных костях. Появилось образование волосистой части головы, при его биопсии методом ПЦР обнаружены ДНК МБТ *bovis*.

Продолжил лечение в течение 15 мес. 3 антибактериальными препаратами (изониазид, рифампицин, этамбутол) с диагнозом: генерализованная БЦЖ-инфекция на фоне врожденного первичного иммунодефицита (без лабораторного подтверждения).

В удовлетворительном состоянии ребенок выехал на Украину.

**Выводы.** Противотуберкулезная вакцинация новорожденных может сопровождаться развитием таких редких осложнений, как генерализованная БЦЖ-инфекция. Необходимо повысить знания педиатров, фтизиатров, детских хирургов по диагностике осложнений после вакцинации против туберкулеза. Для диагностики осложнений вакцинации БЦЖ-М вакциной целесообразно изучение иммунного статуса детей.

---

### АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СРЕДИ КОНТАКТНЫХ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ДИАСКИНТЕСТ В ГРУППАХ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В КАРЕЛИИ

В. С. ФЕДОРОВЫХ, Ю. М. МАРКЕЛОВ, Т. В. БАКУНОВИЧ, С. И. КАРБАУСКЕНЕ

Петрозаводский государственный университет

---

Заболеваемость детей является важным прогностическим эпидемиологическим показателем, отражающим общую эпидемическую ситуацию по туберкулезу (ТБ) в каждом регионе. Несмотря на сохраняющийся значительный уровень ядра с бактериовыделением (52,0 на 100 тыс.) и распространенность приобретенной множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) в Республике Карелия (РК) – 28,3 на 100 тыс. (в РФ – 23,6 на 100 тыс.), а также высокую частоту первичной МЛУ в РК (35,9%) (в РФ – 19,8%) заболеваемость детского населения в РК в 2012 г. составила 8,2 на 100 тыс., что почти в 2 раза ниже аналогичного показателя в РФ (15,2). Данная ситуация может быть связана с дефектами организации выявления и регистрации случаев заболевания ТБ среди детей. Поэтому важной задачей является поиск новых более информативных методов выявления ТБ у детей.

Известно, что основным недостатком массовой туберкулинодиагностики среди детей и подростков с целью раннего выявления ТБ является высокий процент ложноположительных реакций (от 40 до 90%), преимущественно связанных с массовой вакцинацией БЦЖ. Подтверждением этому является анализ результатов массовой туберкулинодиагностики (проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л) и групп диспансерного наблюдения, сформированных на ее основе в Республиканском противотуберкулезном диспансере РК. В 2012 г. по результатам массовой туберкулинодиагностики (в общей лечебной сети выполнено 85 926 проб Манту с 2 ТЕ) выявлено 7 случаев ТБ среди детей, что составило

0,008% от числа обследованных. По результатам массовой туберкулинодиагностики и обследования по контакту с больными ТБ в 2012 г. для диспансерного наблюдения сформирована группа из 2 881 ребенка и подростка, среди которых заболело ТБ 12 (0,4%) человек. Все дети и подростки проходили динамическое наблюдение и обследование у фтизиатров с применением лучевых методов диагностики. Отмеченные недостатки туберкулинодиагностики потребовали поиска нового, более специфичного теста для раннего выявления и дифференциальной диагностики ТБ. В результате исследований по первичной структуре генома *M. tuberculosis* (МБТ) обнаружены антигены (ESAT-6 и CFP-10), на основе которых в России разработан и внедрен новый метод диагностики ТБ – внутрикожный диагностический тест диаскинтест (ДСТ).

**Цель исследования:** провести анализ заболеваемости ТБ среди детей и подростков, находящихся в контакте с больными ТБ и оценить информативность препарата ДСТ.

**Материалы и методы.** Изучены результаты обследования 545 детей и подростков, находившихся на диспансерном учете (группы риска), и больных ТБ с использованием препарата ДСТ. Из них 29 детей и подростков находились на лечении с локальными формами ТБ (туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 18; экссудативный плеврит – 1; инфильтративный ТБ – 4; очаговый ТБ – 2; первичный туберкулезный комплекс – 4 больных). 77 детей и подростков находились на