

стью обследованы в соответствии с существующими стандартами. Обработка полученных данных выполнена с помощью программы Graph Pad INSTAT3.10.

#### Итоги работы в 2012 году

1. В сравнении с традиционной туберкулинодиагностической реакцией Манту с 2 ТЕ в 3 раза уменьшалось количество детей, нуждающихся в дальнейшем обследовании. Если в 2011 г. показатель «виража» туберкулиновых проб составлял 2,8% (130 человек), то по результатам скрининга диаскинтестом в 2012 г. подлежали наблюдению у фтизиатра 43 человека (0,9% общего числа обследованных) ( $\chi^2=49,257$ ,  $p<0,0001$ ). У лиц с положительными реакциями на пробу с диаскинтестом средний размер папулы пробы Манту ( $8,244\pm 3,091$  мм) и диаскинтеста ( $10,222\pm 4,379$  мм) различались ( $t=2,474$ ,  $p=0,0152$ ). Отмечена положительная корреляция между размерами папулы в пробе Манту и в диаскинтесте ( $r=0,234$ ,  $p<0,05$ ).
2. После обследования детей из группы риска заболевание туберкулезом было выявлено у 6 человек. Эффективность диагностики составила 0,12% общего числа участвующих в профилактическом осмотре. При использовании традиционной схемы в предыдущий год — 0% ( $\chi^2=3,99$ ,  $p=0,0458$ ).

**Итоги работы в 2013 году.** Из 43 человек с положительной реакцией на диаскинтест в 2012 г. через год наблюдения 8 детей (19%) выбыли из школы, у 8 детей (19%) пробы стали отрицательными, у 7 детей (16%) — сомнительными, у 14 детей (32%) реакция на диаскинтест осталась положительной и после лечения. Отмечается уменьшение среднего размера папулы с  $10,2\pm 4,3$  до  $6,7\pm 3,6$  мм, критерий Уилкоксона ( $z=2,4$ ,  $p=0,0164$ ).

**Результаты** скрининга «Диаскинтест» за 2012 и 2013 гг. практически одинаковы. В 2012 г. положительные реакции на диаскинтест были у 0,9% всех обследованных, в 2013 г. — у 0,95% ( $\chi^2=0,7762$ ,  $p=0,3783$ ). После детального обследования выявленных групп риска у 6 детей (14%) в 2012-м, у 5 детей (11%) в 2013 г. выявлено заболевание ( $\chi^2=0,07992$ ,  $p=0,7774$ ). Эффективность диагностики при скрининге аллергеном туберкулезным рекомбинантным «Диаскинтест» в 2012 г. составила 0,12% всех обследованных, в 2013 г. — 0,1%.

**Выводы.** Двухлетний опыт применения диаскинтеста при массовых профилактических осмотрах на туберкулез вместо традиционной диагностики реакцией Манту показал улучшение раннего выявления туберкулеза у детей и подростков.

## Опыт применения диаскинтеста для определения инфицированности микобактериями туберкулеза детей и подростков

Л.И. Мордовская, Н.М. Ощепкова, Е.Н. Ильина

Научно-практический центр «Фтизиатрия», г. Якутск

**Введение.** С 2010 г. в Республике Саха (Якутия) в обязательном комплексе обследования детей и подростков применяется диаскинтест (ДСТ) для диагностики туберкулеза и разработки тактики диспансерного наблюдения за лицами из группы риска по заболеванию туберкулезом. В рамках внедрения диагностики туберкулеза с использованием диаскинтеста было проведено обследование детского и подросткового населения в возрасте 1–17 лет с. Тулагино.

**Материал и методы.** Обследованы 783 ребенка и подростка в возрасте от 1 до 17 лет, проживающих в с. Тулагино, с установленными диагнозами: поствакцинальная аллергия — 318 пациентов, «вираж» туберкулиновой пробы — 195, 259 детей и подростков — с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью

и пациенты, перенесшие локальные формы туберкулеза: ТВГЛУ — 10, ПТК — 1. Всем детям и подросткам были проведены одновременно проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л и проба с использованием диаскинтеста — аллергена туберкулезного рекомбинантного на основе белков ESAT-6 и CFP-10 в стандартном разведении.

**Результаты.** При проведении пробы с диаскинтестом у большинства из 172 обследованных детей с «виражом» туберкулиновых реакций был показан отрицательный результат — у 142 (82,6%), у 23 (13,4%) — сомнительные результаты. Положительный результат диаскинтеста выявлен у 7 детей (4,0%). При проведении пробы с «виражом» туберкулиновых реакций диаскинтест у преобладающего большинства — у 20 подростков (86,9% из 23) выявлен отрицательный

результат. Положительные реакции на ДСТ в данной группе были у 2 (8,6%) пациентов.

При проведении пробы с ДСТ в группе детей с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью у большинства — 148 (76,4%) — результат отмечен как отрицательный. Сомнительный результат ДСТ выявлен у 22 (11,3%) детей, положительный — у 22 (11,3%), гиперергическая реакция — у 2 (1,0%). При проведении пробы с ДСТ в группе подростков с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью у 47 (72,3%) человек результаты были отрицательные, у 12 (18,4%) — сомнительные, у 6 (9,2%) — положительные. На диаскинтест гиперергической чувствительности не было ни у одного подростка.

Исследованы дети и подростки с поствакцинальной аллергией на БЦЖ, в том числе и на ревакцинацию БЦЖ. При проведении пробы с ДСТ у детей дошкольного возраста с поствакцинальной аллергией положительных результатов не отмечено, у 3 (1,4%) результат расценен как сомнительный. У детей школьного и подросткового возраста в 100% случаев отмечен от-

рицательный результат ДСТ. Из числа детей (6 человек), перенесших первичные формы туберкулеза, ДСТ в 5 случаях (83,3%) показал гиперергическую реакцию и в одном случае (16,7%) — выраженную положительную реакцию, реакции на пробу Манту 2 ТЕ были положительными: слабopоложительные — у 4 (66,7%) и средней интенсивности — у 2 (33,3%) человек. У всех подростков, перенесших ТВГЛУ, и по пробе Манту, и по ДСТ результаты были положительные, а в 3 (60,0%) случаях с ДСТ была гиперергическая реакция. Реакции на пробу Манту 2 ТЕ были: слабopоложительными — 4 (80,0%) и средней интенсивности — 1 (20,0%) без гиперергии.

**Выводы.** Постановка внутрикожной пробы с ДСТ позволяет четко выделить группы детей и подростков с высоким риском заболевания туберкулезом. Сравнительный анализ результатов проведения пробы Манту с 2 ТЕ и с диаскинтестом у детей и подростков показал, что при использовании ДСТ значительно сокращается число детей с положительными результатами, подлежащих обследованию у фтизиатра.

## Особенности клинического течения туберкулеза у детей с разными фенотипами дисплазии соединительной ткани

З.В. Нестеренко<sup>1,2</sup>, Т.А. Хижняк<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет;

<sup>2</sup> Луганский государственный медицинский университет;

<sup>3</sup> Областной противотуберкулезный диспансер, г. Луганск

**Ведение.** Высокий уровень заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков в Украине, высокая частота проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в популяции, изменение клинических симптомов туберкулеза вызывают необходимость тщательного изучения особенностей проявления туберкулеза у детей и подростков, имеющих симптомы ДСТ.

**Цель.** Изучить особенности клинического течения туберкулеза у детей и подростков с ДСТ.

**Материал и методы.** Обследовано 80 детей и подростков с различными проявлениями туберкулезной инфекции (ТИ) в возрасте до 18 лет. Возрастные группы сформированы следующим образом: 1-я — дети до 3 лет (n=6); 2-я — 4–7 лет (n=34); 3-я — 8–12 лет (n=28); 4-я — 13–15 лет (n=7); 5-я — подростки старше 15 лет (n=5). ДСТ и фенотипические варианты ДСТ диагностированы согласно принятым критериям.

**Результаты.** Туберкулезная инфекция у обследованных пациентов была представлена следующими клиническими вариантами: самой многочисленной

была группа детей 33 (41,3%), инфицированных туберкулезом (ИТ); у 21 пациента (26,2%) имел место вираж туберкулиновой пробы (ВТП); у 14 больных (17,5%) — туберкулез внутригрудных лимфоузлов (ТВГЛУ). Вторичные формы туберкулеза представлены инфильтративной формой (ИФ) и очаговым туберкулезом (ОТ) у 5 человек (6,3%) в каждой из групп. Следует отметить, что вторичные формы — очаговая и инфильтративная — отмечены у детей 2-й и 3-й групп — у 4 (80%) и 3 (60%) соответственно. У детей с ТИ и ДСТ установлены следующие фенотипические варианты ДСТ: неклассифицируемый вариант (НКФ) имел место у большинства детей — у 41 пациента (51,2%); повышенная диспластическая стигматизация (ПДС) — у 16 пациентов (20%); элерсоподобный фенотип (ЭПФ) — у 15 (18,8%); марфаноподобный фенотип (МПФ) — у 6 (7,5%), не имели проявлений ДСТ 2 ребенка (2,5%).

Выявлено несколько клинических вариантов ТИ при различных фенотипах ДСТ. В группе НКФ: ИТ — 56,1%; ВТП — 13%; ТВГЛУ — 9,8%; ОТ — 2,4%. В группе