



Актуальное интервью

К надёжному стандарту диагностики

Что обеспечивает высокую специфичность кожного препарата Диаскинтест

– Ирина Фёдоровна, общеизвестно, что в России профилактику заболеваемости туберкулёзом традиционно и довольно успешно проводят вакциной BCG. Тем не менее, в последние годы многие родители отказываются делать своим чадам профилактические прививки. Может, скоро традиционная вакцинация и вовсе канет в Лету?

– Напомню, что созданная во Франции в 1921 г. вакцина BCG для иммунизации людей против туберкулёза вскоре получила признание и в СССР. В 1928 г. вакцинация BCG была рекомендована для новорождённых из очагов туберкулёзной инфекции, а с середины 1950-х годов стала обязательной для всех новорождённых. Вакцина BCG обеспечивает защиту ребёнка от наиболее тяжёлых форм туберкулёза – туберкулёзного менингита и милиарного туберкулёза. Необходимо подчеркнуть тот факт, что от инфицирования микобактериями туберкулёза, то есть заражения туберкулёзом, вакцинация BCG не защищает, тем более в условиях достаточного массивного бактериального ядра взрослого контингента.

В России используется два вида вакцины: BCG-1 и BCG-M. Штамм BCG-M менее агрессивен в плане развития осложнений, и в настоящее время мы практически полностью перешли на использование именно этой вакцины. Вакцинация проводится на третий день жизни ребёнка при отсутствии противопоказаний. Проблема, требующая внимания, – ВИЧ-инфицированные мамы. Достаточно часто у таких женщин имеет место сочетание туберкулёза и ВИЧ, что создаёт реальную угрозу для ребёнка. Если нет противопоказаний, эти дети вакцинируются BCG в 6-месячном возрасте.

– Расскажите о плюсах и минусах ревакцинации детей вакциной BCG.

– Вопрос о необходимости ревакцинации детей старшего возраста и подростков вакциной BCG решается не столь однозначно. Выход на первую ревакцинацию в возрасте 7 лет составляет от 18-20%, а в возрастной группе 14 лет, то есть вторая ревакцинация BCG, – до 2%. Жизненная ситуация сама расставляет акценты в необходимости определённых мер защиты от инфекции. Кроме того, по данным профессора М.Лозовской (2013 г.), каждый третий больной туберкулёзом подросток имеет в анамнезе не только вакцинацию BCG, но и ревакцинацию, при этом у них отмечается более острое течение туберкулёза за счёт большей частоты инфильтративных форм, сопровождающихся распадом и экссудативным плевритом.

Основные эпидемиологические показатели за последнее десятилетие (2002-2012 гг.) как в целом по России, так и в Северо-Западном регионе свидетельствуют о том, что, несмотря на снижение показателя заболеваемости туберкулёзом взрослого населения в РФ (2002 г. – 86,3 случая на 100 тыс. населения; 2011 г. – 73,0), отмечается неуклонный рост бактериального ядра, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью.

– Как вы полагаете, есть ли сегодня потребность в новых методах выявления инфицированности



организма микобактериями туберкулёза?

– В условиях увеличения скрытого и явного бактериального ядра среди взрослого населения важнейшей задачей является внедрение новых методов ранней диагностики и определения активности туберкулёзной инфекции у детей.

В то же время хотела бы обратить внимание врачей, как фтизиатров, так и специалистов общего профиля, на такой тезис: лучшая профилактика туберкулёза у детей – это раннее выявление заболевания у взрослых с последующей цепочкой мероприятий в обследовании окружения больного, в том числе и – что самое главное – детей.

Одним из распространённых тестов, используемых в скрининговом обследовании детского населения на туберкулёз в течение последних 100 лет, является кожный туберкулиновый тест. В последние годы с появлением современных иммунологических методов обследования отмечается существенное снижение информативности туберкулинодиагностики как метода раннего выявления туберкулёзной инфекции в детском возрасте.

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что в 40% случаев чувствительность к туберкулину остаётся нормергической уже при заболевании ребёнка туберкулёзом, кроме того, тест даёт ложноположительный результат при отягощённом аллергологическом анамнезе, сопутствующей патологии (состояние парааллергии). Это существенно затрудняет оценку истинной активности туберкулёзной инфекции и приводит к позднему направлению ребёнка на обследование в специализированное учреждение.

По данным профессора А.Королюка (2013 г.), локальные формы туберкулёза по результатам массовой туберкулинодиагностики выявлены у подростков 15-17 лет только в 20% случаев. Общеизвестный факт, что в этой возрастной группе встречаются наиболее тяжёлые, манифестные формы туберкулёза, при которых, как оказалось, туберкулиновые пробы в 80% случаев не реагируют. Заболеваемость туберкулёзом в возрастной группе 15-17 лет – 36,3 на 100 тыс. населения этой возрастной группы (2012 г.).

Очень важным является вопрос дифференциальной диагностики поствакциной и инфекционной ал-

лергии. Несмотря на некоторое улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в стране, до сих пор это заболевание представляет собой серьёзную угрозу. По данным Всемирной организации здравоохранения, Российская Федерация входит в число 22 стран с наиболее высокой заболеваемостью туберкулёзом в мире. Одной из важнейших составляющих в обуздании инфекции является иммунизация. Сегодня, согласно рекомендациям ВОЗ и Национальному календарю прививок, иммунизация вакциной BCG детей раннего возраста с последующей ревакцинацией является обязательной. Эффективность проведённой вакцинации определяется по двум параметрам – формированию поствакцинного рубца с оптимальными его размерами и с помощью такого специфического теста туберкулинодиагностики, как внутрикожная проба Манту с 2 туберкулиновыми единицами (ТЕ). Кроме того, для диагностики инфицирования *Mycobacterium tuberculosis*, наряду с пробой Манту 2ТЕ, в стране используется инновационный препарат Диаскинтест.

Недавно в рамках Всероссийской научно-

лгергии. К сожалению, многочисленными частными клиниками, освоив метод постановки туберкулиновых проб, трактуют полученные результаты не всегда корректно. Достаточно часто впервые выявленная положительная чувствительность к туберкулину у ребёнка в возрасте до 3 лет однозначно (ошибочно) трактуется как период раннего инфицирования микобактериями туберкулёза.

способу постановки данная проба не отличается от пробы Манту 2ТЕ. Учёт её результатов проводится по наличию или отсутствию папулы на месте введения специфических антигенов, степени её выраженности.

Однако именно Диаскинтест помог увеличить процент выявления детей с заболеванием туберкулёзом в 2 раза. Этот факт свидетельствует о том, что пропуск патологии был



Постановка кожной пробы с препаратом Диаскинтест

Доктора забывают о том, что формирование поствакцинового иммунитета – процесс длительный и индивидуальный, и при наличии поствакцинового рубца оптимальных размеров, впервые положительная чувствительность при поствакциновой аллергии у 20-25% детей может развиться к 3 годам. Ошибочный диагноз, естественно, влечёт за собой рентгенологическое обследование и химиопрофилактику. В данной, конкретной ситуации решить проблему характера аллергии (поствакцинная или инфекционная) в 100% случаев сможет использование результатов нового диагностического препарата Диаскинтест.

– Как давно в своей практике вы наблюдаете за широким использованием в практическом здравоохранении препарата Диаскинтест? Отмечаете его преимущества в ранней диагностике тубинфекции?

– С 2009 г. в практику работы фтизиатра широко вошла внутрикожная проба Диаскинтест. Это туберкулёзный рекомбинантный аллерген в стандартном разведении, продуцируемый генетически модифицированной культурой. По

практической конференции с международным участием, посвящённой актуальным вопросам профилактики, диагностики и лечения туберкулёза у детей и подростков, прошёл «круглый стол» «Иммунодиагностика туберкулёза у детей: вчера, сегодня, завтра». Модераторами на нём были главный фтизиопедиатр Министерства здравоохранения РФ профессор В.Аксёнова, руководитель отделения детской фтизиатрии С.-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России, главный эксперт-фтизиопедиатр Северо-Западного федерального округа профессор И.Довгалюк и главный фтизиопедиатр Департамента здравоохранения Москвы Т.Севастьянова. Эти же проблемы обсуждались в рамках школы для практикующих врачей по специальности «Педиатрия», прошедшей на XX Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство».

Об эффективности использования современных методов обследования детей для раннего выявления туберкулёзной инфекции в организме ребёнка – предлагаемая беседа с доктором медицинских наук профессором Ириной ДОВГАЛЮК.

тически одинаковую информативность (83% и 86% соответственно).

Таким образом, высокая информативность Диаскинтеста на фоне его простоты в применении и существенно меньшей стоимости дают ему неоспоримые преимущества перед другими методами диагностики.

Полученные данные позволили включить Диаскинтест в алгоритм обследования детей с подозрением на заболевание туберкулёзом. Данный алгоритм позволяет исключить необходимость диспансерного наблюдения детей в 43,9% случаев, в то же время полученные результаты обследования позволяют каждого второго ребёнка (56,1%) своевременно направить на проведение лучевого обследования (компьютерная томография) для выявления специфического процесса.

– Какие выводы можно сделать на основе сказанного?

– Подводя итог, хочу отметить, что для верификации характера аллергии у вакцинированных BCG детей до 3 лет включительно необходимо использовать Диаскинтест.

У детей до 7 лет, параллельно с постановкой пробы Манту 2ТЕ, с целью определения активности туберкулёзной инфекции необходима постановка Диаскинтеста.

А начиная с 8-летнего возраста, целесообразно ввести в практику постановку только Диаскинтеста как скринингового метода. Следует отметить, что Рабочая группа по детскому туберкулёзу, руководителем которой является главный фтизиопедиатр Минздрава России профессор В.Аксёнова, подготовила для утверждения Минздравом инструкцию, в которой чётко прописаны данные положения.

Дети с положительным результатом Диаскинтеста являются группой риска по заболеванию туберкулёзом, которая требует более углублённого, в том числе и лучевого, обследования.

– Как вы считаете, стоит ли продолжать научные исследования Диаскинтеста?

– Безусловно. Научные исследования по использованию Диаскинтеста необходимо продолжать параллельно с широким, уже обоснованным внедрением данного метода в общую лечебную сеть.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ.