

2. Феномен антикорпоративности, когда каждый последующий лечащий врач или консультант уничижительно отзывается о знаниях коллеги-предшественника и полностью меняет проводимую терапию — в результате происходит формирование и фиксация ипохондрических тенденций, в ряде случаев развиваются вторичные ятрогенные расстройства.

При прочих равных условиях риск возникновения ятрогений неодинаков у людей разного возраста, пола, образовательного уровня. У женщин вероятность их развития в среднем выше, чем у мужчин. Возрастную группу повышенного риска развития ятрогений составляют лица «переходных» возрастов. Ятрогении свойственны также людям пожилого возраста при акцентуации их на иволютивных изменениях и на повышенной вероятности летального исхода болезни [3].

Лучшим способом лечения ятрогений является ее профилактика, поэтому задачей врача является осторожное, продуманное, целенаправленное обращение со словом, тем более, когда больной «уходит» в болезнь, живет «эмоциями ожидания», когда у больного чередуются чувства доверия, надежды и неуверенности. Главная задача беседы врача с больным — получение максимальной информации о психическом состоянии больного, создание максимально благоприятных условий для лечения, предупреждения эмоциональных осложнений. Задача врачей любой специальности — всемерно принимать меры к сокращению ятрогений путем повышения своего профессионального уровня и безукоризненного соблюдения основных принципов этики и деонтологии [4].

Прогноз при ятрогении в большинстве случаев благоприятный; при своевременной и правильной терапии ремиссия достигается через несколько недель или месяцев. Позднее распознавание ятрогении способствует затяжному её течению и ухудшает прогноз. При формировании вторичного ипохондрического личностного расстройства пациент нуждается в квалифицированной психотерапевтической помощи [2].

#### **Выводы**

Следует подчеркнуть, что, к сожалению, критерии разграничения понятий «врачебная ошибка» и «ятрогения» окончательно не установлены. Большинство авторов, исследующих проблему ятрогений, по-видимому, ошибочно полагают, что многие врачебные ошибки следует относить к ятрогении. В условиях значительного усиления прав больных и возрастания их информированности о своих заболеваниях такой расширительный подход к ятрогении даже опасен. Из сказанного следует, что наиболее эффективным способом профилактики ятрогений является активное формирование у пациента адекватной ВКБ (внутренней картины болезни). Наряду с концепцией болезни, врач должен активно формировать и концепцию лечения, а также дать хотя бы кратковременный прогноз течения заболевания. Необходима психотерапевтическая поддержка всех этапов лечения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Лысенко, В. М. К вопросу о ятрогенных заболеваниях / В. М. Лысенко, О. В. Лысенко // Научный вестник Национального медицинского университета им. Богомольца, 2009. — С. 164–169.
2. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — М., Л.: Биомедгиз, 1935.
3. Кассирский, И. А. Об ятрогенных заболеваниях / И. А. Кассирский // Труды I-ой Всесоюзной конференции по проблеме медицинской деонтологии. — М., 1970. — С. 55–64.
4. Северова, Е. Я. Ятрогения / Е. Я. Северова // Советская медицина. — 1980. — № 7. — С. 3–7.

**УДК 616-002.5-097**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАСКИНТЕСТ® В ГОРОДЕ ГОМЕЛЕ**

**Мельченко О. Г.**

**Научный руководитель: ассистент кафедры Ж. Е. Белян**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Латентная туберкулезная инфекция (ЛТБИ) — это инфицирование МБТ без клинических, рентгенологических, бактериологических и морфологических данных, это под-

тверждающих. ЛТБИ — это резервуар туберкулеза. Вероятность формирования активного туберкулеза из ЛТБИ составляет 10 %.

ЛТБИ не имеет строго патогномичных признаков, убедительным свидетельством наличия туберкулезной инфекции в организме является реакция гиперчувствительности замедленного типа, определяемая при помощи туберкулина.

У туберкулина низкая специфичность — положительная реакция может отмечаться за счет перекрестной сенсибилизации в результате вакцинации БЦЖ (*Mycobacterium bovis* BGG) и инфицирования нетуберкулезными микобактериями (НТМБ), нельзя отличить активную туберкулезную инфекцию от перенесенного в прошлом туберкулеза.

В НИИ молекулярной медицины ММА им. И. М. Сеченова был разработан препарат «ДИАСКИНТЕСТ®» (ДСТ), который представляет собой рекомбинантный белок СРF10ESAT6 (в едином комплексе). Этот белок присутствует только у *Mycobacterium tuberculosis*. Это относительно недорогой и удобный в применении препарат. Первые клинические испытания этого теста показали его высокую специфичность. В России он используется с 2009 г. У нас в стране его стали применять с середины 2014 г. Еще мало наблюдений.

#### **Цель**

Изучение информативности препарата «ДИАСКИНТЕСТ®» (ДСТ) в диагностике латентной туберкулезной инфекции и активного туберкулеза у детей.

#### **Материалы и методы исследования.**

Изучены результаты туберкулинодиагностики и ДСТ у 621 ребенка в Гомеле. Возраст от 1 года до 17 лет, из них 301 девочка и 320 мальчиков. Методом сплошного одномоментного отбора сформированы две группы. Первая — это дети, состоящие на учете у фтизиатра, с локальным туберкулезом, с первичным инфицированием, находящиеся в тесном бытовом контакте со взрослыми пациентами, страдающими туберкулезом, в нее вошло 467 детей. Вторая — это дети, которые были направлены на консультацию к фтизиатру по результатам туберкулинодиагностики с подозрением на первичное инфицирование, в нее вошло 154 человека.

В таблице 1 представлены сведения о распределении детей по группам диспансерного учета из первой группы

Таблица 1 — Распределение детей по группам диспансерного учета (ГДУ)

Группа диспансерного учета	Характеристика группы	Количество детей	Всего
<b>IV группа</b>	<b>Контакт с пациентом больным туберкулезом</b>	<b>212</b>	<b>212</b>
IV А группа	Контакт (тесный бытовой) с бактериовыделителем	131	154
IV А группа	Контакт временный с бактериовыделителем	23	
IV Б группа	Контакт (тесный бытовой) с пациентом без бактериовыделения	41	49
IV Б группа	Контакт временный с пациентом без бактериовыделения	8	
IV группа	Производственный контакт	9	9
<b>VI группа</b>	<b>Дети из групп риска по развитию туберкулеза</b>	<b>249</b>	<b>249</b>
VI А группа	«Виразж» туберкулиновой пробы	72	249
VI Б группа	Нарастание чувствительности к туберкулину	151	
VI Б группа	Гиперергическая чувствительность к туберкулину	26	
V группа	Дети с внелегочным туберкулезом	2	2
III группа	Дети с клинически излеченным туберкулезом легких	4	4
<b>ВСЕГО</b>			<b>467</b>

Всем обследуемым была поставлена проба Манту с 2ТЕ ППД-Л, по общепринятой методике и был сделан тест с препаратом ДСТ (внутрикожно введено 0,2 мкг в 0,1 мл). Оценку результатов проводили через 72 ч.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Установлено, что среди детей из тесного бытового контакт с пациентом с бактериовыделением положительная реакция на пробу Манту с 2ТЕ у 93 (70,9 %),

положительная реакция на ДСТ у 15 (11,4 %) человек. Все дети с положительной реакцией на ДСТ дообследованы, данных за локальный туберкулезный процесс не получено. Этим детям назначена превентивная терапия изониазидом.

Несколько иная картина у детей с временным контактом, положительная проба Манту у 17 человек (73, %), положительная реакция на ДСТ не зарегистрирована.

У детей из IVБ группы диспансерного учета (тесный бытовой контакт с пациентом без бактериовыделения) положительная реакция на пробу Манту с 2ТЕ отмечена у 26 человек (63,4 %), положительная реакция на ДСТ у 4 человек (9,7 %). У детей из IVБ группы диспансерного учета (временный контакт с пациентом без бактериовыделения) положительная реакция на пробу Манту с 2ТЕ отмечена у 6 человек (75 %), реакция на ДСТ отрицательная у всех обследуемых.

У детей из IV группы диспансерного учета с контактом в детском коллективе туберкулинположительных 6 человек (66,6 %), реакция на ДСТ у всех отрицательная.

По V группе (внелегочной туберкулез) наблюдается два человека завершивших лечение). У обоих детей проба Манту с 2ТЕ положительная, реакция на ДСТ отрицательная.

По III группе наблюдается 4 человека с клинически излеченным туберкулезом органов дыхания, все дети положительно реагируют на туберкулин, реакция на ДСТ у всех отрицательная.

У детей, состоящих на учете по VIA группе с «виражом» туберкулиновых проб. Положительная проба на ДСТ только у 4 детей (7,2 %).

У детей, состоящих на учете по VIБ группе с нарастанием туберкулиновой положительная проба на ДСТ у 5 детей (3,3 %).

У детей состоящих на учете по VIБ группе с гиперергической туберкулиновой чувствительностью положительная проба на ДСТ у 10 детей (38,4 %).

У детей, которые были направлены на консультацию к фтизиатру, в течение нескольких лет сохранялись монотонно-положительные реакции на туберкулин. С момента последней вакцинации (ревакцинации) прошло 1–4 года. Все они дообследованы, никаких патологических изменений не отмечено. Реакция на ДСТ у всех отрицательная, у 40 (25,9 %) детей установлен диагноз ПВА. А у 82 (53,2 %) установлен диагноз ЛТБИ.

### **Выводы**

1. У детей, пролеченных по поводу локальных форм туберкулеза, наблюдаются отрицательные тесты, это связано с тем, что ДСТ положительный только когда происходит активное размножение микобактерий туберкулеза

2. ДСТ не вызывает гиперчувствительности замедленного типа, связанной с вакцинацией и ревакцинацией БЦЖ.

3. Проведение ДСТ позволяет назначать превентивную терапию, только в случае, когда в организме ребенка присутствует активно размножающаяся микобактерия туберкулеза, и это лечение будет эффективным и обоснованным.

4. Необходимо дальнейшее изучение этого метода диагностики.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Филимонов, П. А. К дискуссии о латентной туберкулезной инфекции / П. А. Филимонов // Туберкулез и проблемы легких. — 2014. — № 5. — С.69–73.
2. Чувствительность нового кожного теста (диаскинтеста) при туберкулезной инфекции у детей и подростков / Е. С. Овсянкина [и др.] // Туберкулез и болезни легких, 2010. № 1. — С.16–17.
3. Выявление туберкулеза и тактика диспансерного наблюдения за лицами из групп риска по заболеванию туберкулеза с использованием препарата диаскинтест (аллерген туберкулезный рекомбинантный) / В. А. Аксенова [и др.] // Туберкулез и болезни легких, 2010. — №2. — С.13–19.
4. Клинические исследования нового кожного теста диаскинтест для диагностики туберкулеза / Киселев [и др.] // Проблемы туберкулеза болезней легких. — № 2. — С. 7–8.
5. Опыт новой технологии скрининга детей и подростков на туберкулезную инфекцию в Самарской области / Л. А. Барышникова [и др.]. — С. 27–31.