

ідентифікації даних мікроорганізмів у хворих на МВ. Україна не є виключенням.

**Власні спостереження.** Проаналізовано результати бактеріологічного дослідження мокротиння дітей, хворих на МВ, які виконувалися у різних лікувальних закладах та лабораторіях міста Харкова за період 2014-2018 рр. Не виявлено жодного випадку наявності представників НТМБ. Аналіз медичної документації 2 хворих, які пройшли обстеження та лікування за кордоном (Італія, Ізраїль), показав, що дані хворі були інфіковані НТМБ, а саме *M. abscessus*. Призначене патогенетичне лікування, згідно чутливості мікрофлори, мало позитивний терапевтичний ефект, що забезпечило покращення легеневої функції.

**Висновки.** Удосконалення ідентифікації етіології хронічної бактеріальної інфекції респіраторної системи забезпечить підвищення ефективності лікування, зменшення побічних ефектів терапії та тривалості життя хворих даної групи.

## **ДІАГНОСТИКА ЛАТЕНТНОЇ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДОРΟΣЛИХ З ГРУП РИЗИКУ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ІМУНОЛОГІЧНИХ ТЕСТІВ**

Колісник Н.С., Марченко Н.А., Чабаненко Д.В.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

В діагностиці латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ) у осіб з груп ризику доведено високу ефективність тестів, заснованих на визначенні клітинної відповіді на специфічне подразнення

антигенами мікобактерій: *in vitro* QuantiFERON-TB (QFT, квантифероновий тест), та проби *in vivo* з алергеном рекомбінантним туберкульозним (АТР) у порівнянні зі стандартною туберкуліновою шкірною пробою Манту.

**Метою** нашого дослідження було вивчення ефективності використання квантиферонового тесту (*in vitro*) та проби з алергеном рекомбінантним туберкульозним (*in vivo*) для діагностики латентної туберкульозної інфекції у дорослих із груп ризику.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами проаналізовані результати квантиферонового тесту і проби з АТР у 62 дорослих осіб (середній вік –  $39,3 \pm 1,7$  років) із груп ризику розвитку туберкульозу без наявності активних локальних змін у легенях чи середостінні (за даними рентгенографії ОГП). Хворі були розділені на 2 підгрупи в залежності від наявності контакту з хворими на туберкульоз: більшість досліджуваних (29 або 46,8%) мали контакт з хворими на туберкульоз, інші 33 (53,2%) особи відносились до медичних груп ризику. А саме: 11 осіб з наявністю фіброзу, плевральних зрощень, щільних вогнищ у легенях, 8 осіб з ревматоїдним артритом, 5 – з бронхіальною астмою та ХОЗЛ, 3 – ВІЛ-інфікованих, 4 – з онкопатологією, по 1 хворому – з хворобою Крона та хронічною патологією нирок. Частині контактних осіб був рекомендований QFT (6 осіб, 20,7%), у інших застосовувалась проба з АТР (23 або 79,3%). Пацієнтам з другої підгрупи, з медичними факторами ризику, проба з АТР проводилась 15 (45,4%) особам, QFT – 13 (39,4%) особам, ще 5 пацієнтам – обидва тести (15,2%).

**Результати дослідження.** В групі контактних осіб позитивні реакції реєструвались частіше при проведенні QFT (у 3 осіб (50,0%), аніж при проведенні проби з АТР (у 10 осіб або 43,5%), але це недостовірна різниця, оскільки неспівставна кількість осіб, яким проводився QFT і проба з АТР. Слід зазначити, що 10 осіб з позитивними тестами (8 з АТР і 2 з QFT) мали тісний (побутовий і непобутовий) контакт з бактеріовиділювачами за мазком мокротиння чи молекулярно-генетичним методом, в т.ч. з хворими на мультирезистентний туберкульоз. Інші 3 контактні особи з позитивними тестами з АТР і QFT мали нетісний контакт з бактеріовиділювачами. Особи, у яких обидва тести виявилися негативними (17 осіб або 58,6%) також мали різний за ступенем ризику контакт з хворими на туберкульоз. Але при аналізі лабораторного методу підтвердження бактеріовиділення у більшості хворих МБТ виявлено при культуральному дослідженні (у 11 осіб, 64,7%).

В групі пацієнтів з медичними факторами ризику позитивний QFT реєструвався у 11 (61,1%) із 18 осіб, позитивний АТР - у 12 (66,7%). Слід зазначити, більшість осіб з фіброзом або вогнищами у легенях реагували однаково позитивно на тести, незалежно від вибору. Після дообстеження за допомогою КТ ОГП активний процес був виключений у 9 осіб (81,8%), інші 2 – потребували динамічного спостереження, що свідчало про низьку специфічність тестів для даної категорії. Ми не отримали достовірної різниці у ефективності застосуванні того чи іншого тесту серед осіб з різними факторами ризику, окрім пацієнтів з імуносупресією (ревматоїдним артритом,

хвороба Крона, ВІЛ-інфекція), у яких частіше реєструвався позитивний квантифероновий тест, але у зв'язку з малою кількістю досліджень дане ствердження є ймовірним. Переважна більшість пацієнтів з позитивними тестами потребувала призначення комп'ютерної томографії ОГП для виключення патології легень.

**Висновки:** застосування сучасних тестів для діагностики ЛТБІ потребує подальшого вивчення проблеми, визначення найбільш вразливих груп ризику, обґрунтованого підходу до призначення превентивного лікування.

## **РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ БЦЖ-ОСТИТУ І ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ**

Лисенко Н.С.<sup>1</sup>, Шармазанова О.П.<sup>1</sup>, Вороньжев І.О.<sup>1</sup>, Баєв В.В.<sup>2</sup>

*1. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України*

*2. Інститут патології хребта і суглобів ім.проф.М.І.Ситенка  
НАМН України*

**Вступ.** У теперішній час відмічається зростання частоти кісткових ускладнень вакцинації БЦЖ (БЦЖ-оститів), до того ж існує точка зору, що справжня поширеність БЦЖ-оститів більша у зв'язку з труднощами ідентифікації збудника захворювання - *Mycobacterium bovis* (Абаєв Ю.К., 2015). Сучасний перебіг неспецифічного гематогенного остеомієліту сьогодні характеризується збільшенням частоти «стертих» форм запального процесу. Незважаючи на впровадження сучасних лабораторних методів верифікації запальних