

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

**О НЕПРАВИЛЬНЫХ ВЫВОДАХ В СТАТЬЕ Л. В. СЛОГОЦКОЙ
«КОЖНЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ
ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ – ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ»
(ТУБЕРКУЛЕЗ И БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ. 2013 г., № 5, С. 39-46).**

LETTER TO THE EDITOR

**ABOUT INCORRECT CONCLUSIONS IN THE PAPER «IMMUNOLOGICAL SKIN
TESTS IN TUBERCULOSIS: HISTORY AND THE PRESENT»**

**BY L. V. SLOGOTSKAYA
(TUBERKULEZ I BOLEZNI LEGKIKH, 2013, No. 5, P. 39-46).**

В статье Л. В. Слогоцкой вполне компетентно излагаются история создания, применения и иммунологического обоснования пробы Манту, ее современное значение и развитие новых методов оценки клеточного иммунного ответа на антигены микобактерий туберкулеза, в частности на основе индукции интерферона-гамма (ИФН- γ) в образцах крови *in vitro*.

Однако при оценке значения нового кожного теста – Диаскинтеста (ДСТ), которому посвящена ее докторская диссертация (ссылка 22), совершаются несколько грубых ошибок. Можно было бы проигнорировать (простить) эти ошибки, поскольку автор не является специалистом-иммунологом, но значение ошибочных выводов может быть слишком велико для практики российской фтизиатрии. Главный тезис ошибочных выводов состоит в том, что автор безапелляционно утверждает, что проба ДСТ является «маркером активности туберкулезной инфекции». Из этого, естественно, вытекает проведение специфической химиотерапии. При оценке чувствительности на пробу Манту автор отмечает наличие отрицательных реакций при выраженных формах туберкулезного процесса, также как и возможность отрицательных реакций при использовании исследований образцов крови на основе антиген-индуцированной продукции индукции ИФН- γ (QuantiFERON TBGold), однако отрицательные реакции на ДСТ при выраженных формах туберкулеза автор не упоминает, хотя такие случаи, как известно, имеют место. Автор также не упоминает или не имеет данных об отрицательных реакциях на ДСТ при положительных иммунологических тестах в исследованиях образцов крови по индукции ИФН- γ . Число таких результатов у «выраженных» по пробе Манту детей, по нашим данным, около 30%.

При оценке специфичности пробы ДСТ автор отмечает отсутствие положительных проб «при завершившемся туберкулезном процессе» (ссылка 22), из чего и делается вывод о ДСТ как о маркере активности туберкулезной инфекции. Возможно, автор ста-

ть могла наблюдать снижение уровня пробы ДСТ или отрицательную реакцию на исходе проведенного курса химиотерапии, но ровно такие же явления наблюдаются и при кожной туберкулиновой пробе. В то же время уже имеется достаточно клинических наблюдений о положительной реакции на ДСТ при наличии ранее наблюдавшихся мелких кальцинах в лимфоузлах средостения, т. е. и при латентной туберкулезной инфекции, что вполне естественно, поскольку длительность циркуляции Т-клеток иммунологической памяти сомнению не подвергается.

Вообще, проблема дифференцирования латентной и активной туберкулезной инфекции является очень актуальной, но трудной и пока отнюдь не вполне разрешенной задачей международной науки (J. Maertzdorf, J. Weiner III, S. H. E. Kaufmann. Enabling biomarkers for tuberculosis control // Int. J. Tuberc. Lung. Dis. – 2012. – Vol. 16, № 9. – P. 1140–1148).

Таким образом, считаю, что некоторая имевшая место эйфория, связанная с использованием нового кожного теста, должна уступить взвешенной оценке его значения. Принцип «не навреди», как и «не вводи в заблуждение» – для ученых, имея в виду необоснованное назначение специфической химиотерапии, не следует забывать. Я полагаю, что расширенное применение пробы ДСТ в клинической практике позволит сформировать более полную и достоверную картину его чувствительности и специфичности, с тем чтобы выводы о назначении специфической химиотерапии детям и подросткам были вполне обоснованными.

Прошу опубликовать это письмо в одном из ближайших номеров журнала.

М. А. Владимирский, доктор медицинских наук,
профессор, заведующий лабораторией иммунологических методов исследования
и молекулярной диагностики туберкулеза НИИ
фтизиопульмонологии Первого МГМУ
им. И. М. Сеченова