

ференциальной диагностики туберкулеза легких и саркоидоза.

Материалы и методы. В исследование были включены 44 пациента (мужчин было 22 (50%), средний возраст составил $39,5 \pm 13,0$ года). Всем пациентам в стационаре проводили комплексное рентгенологическое, лабораторное, бактериологическое, бронхологическое обследование и установлен клинический диагноз. В показанных случаях выполняли исследование биопсийного материала с целью верификации диагноза. QuantiFERON-TB Gold-тест применен в дополнение к рутинным исследованиям. Проанализирована ассоциация положительного результата QuantiFERON-TB Gold-теста с анамнестическими, клиническими, лабораторными данными. Рассчитано отношение шансов (ОШ) с номинальным 95%-ным доверительным интервалом.

Результаты. Заключительный диагноз туберкулеза легких диагностирован у 20, саркоидоза – у 24 пациентов. Бактериовыделение методом микроскопии и/или посева выявлено у 11 (55%) больных туберкулезом легких, у 3 (15%) пациентов имело место морфологическое подтверждение диагноза. В 6 (30%) случаях диагноз туберкулеза базировался на основании клинических симптомов, рентгенологической картины и динамической оценке эффективности прово-

димой химиотерапии. Среди пациентов с саркоидозом у 21 (87,5%) диагноз верифицирован при исследовании биопсийного материала. Результаты теста QuantiFERON-TB Gold были положительными у 17 (85%) больных туберкулезом легких и у 1 (4,2%) – с саркоидозом. Установлена ассоциация положительного результата теста QuantiFERON-TB Gold с наличием туберкулеза легких (ОШ 130,3, 95%-ный ДИ 12,4-1 364,5), положительным результатом посева мокроты на микобактерии туберкулеза (ОШ 7,64, 95%-ный ДИ 1,14-64,5), обнаружением кислотоустойчивых микобактерий в мокроте (ОШ 31,25, 95%-ный ДИ 1,58-388,5), наличием деструктивных изменений легочной ткани при рентгенологическом исследовании (ОШ 15,9, 95%-ный ДИ 3,12-762,5), фебрильной температуры тела (ОШ 12,5, 95%-ный ДИ 1,21-308,7), курением (ОШ 7,67, 95%-ный ДИ 1,40-47,2). Фактором, ассоциированным со снижением шансов на положительный QuantiFERON-TB Gold-тест, явился саркоидоз (ОШ 0,008, 95%-ный ДИ 0,00-0,080).

Заключение. Проведенный анализ показал полезность применения теста QuantiFERON-TB Gold у пациентов, требующих дифференциальной диагностики между туберкулезом легких и саркоидозом в качестве дополнения к обычным исследованиям.

РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТА GENEXPERT MBT-RIF В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

ЛАУШКИНА Ж. А., ЧЕРЕДНИЧЕНКО А. Г.

USE OF GENEXPERT MBT-RIF TEST FOR PULMONARY TUBERCULOSIS DIAGNOSTICS

LAUSHKINA ZH. A., CHEREDNICHENKO A. G.

ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск

Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF

Раннее выявление туберкулеза органов дыхания остается одной из значимых проблем современной медицины. Высокая распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в России диктует необходимость поиска путей его быстрой идентификации. Запоздалая диагностика туберкулеза приводит к отсроченному началу лечения, ухудшает прогноз заболевания и увеличивает риск распространения туберкулезной инфекции.

Цель: определить целесообразность применения теста GeneXpert MBT-RIF для диагностики туберкулеза легких.

Материалы и методы. В исследование включено 103 пациента терапевтической клиники Новосибирского НИИ туберкулеза с подозрением на туберкулез легких. Всем больным выполнены необходимые диагностические тесты и установлен клинический диагноз. У 84 (81,6%) пациентов диагноз туберкулеза был подтвержден, у 19 (18,4%) – верифицированы иные заболевания легких. Больные сдавали три образца мокроты. Проводили люминесцентную микроскопию, посев на жидкие среды (Bactec), посев на среду Левенштайна – Йенсена и тест GeneXpert MBT-RIF из одной порции материала. Лекарственную устойчивость микобак-

терий туберкулеза (МБТ) определяли на жидких питательных средах на автоматизированной системе Bactec 960 MGIT.

Результаты. У 13 (12,6%) из 103 пациентов диагноз туберкулеза был диагностирован на основании положительных бактериоскопии и посева мокроты, у 3 (2,9%) при отрицательной бактериоскопии был положительным посев, а у 4 (3,9%) – наоборот, у 64 (62,1%) бактериовыделение не было установлено и диагноз выставлен на основании клинических симптомов и рентгенологической картины. У 19 (18,4%) пациентов туберкулез легких исключен, верифицирована нетуберкулезная патология легких. Тест MTB/RIF выявил ДНК МБТ у 17 из 17 больных с положительной бактериоско-

пией, у 20 (29,9%) из 67 пациентов с отрицательной бактериоскопией и у 21 (30,9%) больного с отрицательными результатами посева. Тест MTB/RIF был отрицательным у 19 (100%) из 19 больных без туберкулеза, что свидетельствует о его высокой специфичности. Тест MTB/RIF позволил выявить лекарственную устойчивость к рифампицину в 21 (36,2%) из 58 положительных случаев теста.

Заключение. Проведенное исследование показало высокую чувствительность и специфичность теста GeneXpert MTB-RIF, что делает его эффективной альтернативой рутинным методам диагностики туберкулеза, позволяя сократить время постановки диагноза, а также выявить устойчивость к рифампицину МБТ.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В СВЕТЕ СОВРЕМЕННОЙ ПАРАДИГМЫ ПАТОГЕНЕЗА

ЛЕБЕДЕВ Ю. И.

SPECIFICS OF MANIFESTATIONS AND X-RAY SIGNS OF NEW AND POSTPRIMARY TUBERCULOSIS IN THE LIGHT OF MODERN PATHOGENESIS PARADIGM

LEBEDEV YU. I.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Курск

Kursk State Medical University, Kursk, RF

Цель: обосновать ряд клинико-рентгенологических проявлений туберкулеза, имеющих дифференциально-диагностическое значение, в свете современных представлений о патогенезе этого заболевания.

Материалы и методы: реферирование и целенаправленный анализ более 800 статей журнала «Туберкулез и заболевания легких» за 5 лет (опубликовано изд. Lambert в 2012 г.).

Результаты. Симбиоз микобактериальной инфекции и организма человека начинается с первых дней его жизни, когда апатогенная, слабовирулентная вакцина БЦЖ начинает беспрепятственно распространяться в различных органах и тканях и организм через 1,5-2 мес. получает способность и готовность формировать специфические гранулемы в месте антигенного воздействия с зоной специфической сенсibilизации в окружающей ткани, а также отвечать моноклеарной реакцией на введение туберкулина (положительная внутрикожная проба Манту). Теперь поступление в организм микобактерий туберкулеза (МБТ) может быть либо полностью нейтрализовано (завершенный фагоцитоз), либо ограничено в пределах локальных ту-

беркулезных гранулем (тубинфицирование), либо прогрессировать (первичный туберкулез).

В формировании туберкулезных гранулем активно взаимодействует кооперация иммунокомпетентных клеток, включая фагоцитоз и механизмы повышенной чувствительности замедленного типа. Этот процесс протекает в несколько стадий: стадия экссудативной неспецифической реакции, формирование казеозно-некротических центров, образование микродеструкций или гранулем и окружающего их склероза. Преобладание одной из этих реакций определяет разнообразие первичных форм туберкулеза и их клинико-рентгенологических проявлений при вторичном туберкулезе.

В невакцинированном организме в случае инфицирования вместо вакцины БЦЖ начинают циркулировать МБТ, экссудативная реакция затягивается, начало инфицирования сопровождается интоксикацией, а первичные формы могут протекать с параспецифическими реакциями и возможными отрицательными пробами Манту. В вакцинированном организме срок экссудативных воспалительных реакций сокращается, период ранней первичной инфекции бывает малосимптомным, параспецифичес-