

затному антигену PPDN-3 (ИФА-анти-ТУБ, Россия) и к рекомбинантным химерным антигенам CBD-CFP10, CBD-ESAT6, ESAT6-CFP10 и CBD-P38 определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Результаты обрабатывали с использованием пакетов MS Excel, Prizm 5.0 (GraphPad Software Inc.), JMP 9.0., критериев Манна-Уитни (сравнение независимых параметров), Вилкоксона (зависимые параметры), построения ROC-кривых и других методов.

Результаты. Положительные результаты КФТ наблюдались: в группе больных ТБ — у 36 из 47 обследованных (77%), в группе здоровых доноров — у 12 из 85 обследованных (14%), в группе контактных — у 21 из 30 обследованных (70%). Чувствительность (Ч) теста составила 77%. Специфичность (С) теста зависела от группы сравнения и составила 86% при сравнении больных и здоровых доноров, а при сравнении больных и контактных — 30%. В группе больных НЗЛ было получено 30% ложноположительных результатов. При выполнении КФТ в динамике после 2-месячного курса проведенной терапии было установлено значимое снижение уровня IFN γ AG-NIL ($p=0,002$), что коррелировало с положительной динамикой рентгенологических изменений в легких. В результате проведения мультиплексного анализа было установлено, что IP-10AG-NIL (пороговое значение 1087 пг/мл) и IL-2AG-NIL (пороговое значение 36 пг/мл) являются

биомаркерами, альтернативными IFN γ AG-NIL, которые позволяют работать в более широком диапазоне определяемых концентраций. Построение дерева решений в программе JMP 9.0 позволило выбрать три наиболее значимых маркера: IFN γ AG-NIL, TGF α NIL и IL-6AG, комбинированное определение которых позволило выявить 96,3% (26 из 27) случаев активного туберкулеза и 80,7% (21 из 26) случаев ЛТБИ. Также было установлено, что комбинация двух антигенов PPDN-3 и CBD-P38 наименее снижает специфичность выявления ЗЛ (76%), при этом чувствительность в разных группах возрастает, достигая 90% в группе БЛ хроническим ТБ процессом (МБТ+), 74% — у БЛ впервые выявленным ТБ (МБТ+) и 60% — у БЛ (МБТ-) вне зависимости от характера процесса.

Обсуждение и выводы. В докладе обсуждается значимость иммунологических методов в диагностике ТБ. На основании полученных результатов нами предложен двухступенчатый алгоритм иммунологической диагностики ТБ. На первом этапе предлагается проводить количественное измерение специфической продукции IFN γ , IP-10 или IL-2, тем самым выявляя контингент лиц, инфицированных микобактериями. На втором этапе для определения активности ТБ процесса применять комбинацию IFN γ , TGF α и IL-6 или определять содержание НПТ и ПТА в сыворотке крови.

Диагностический путь больных саркоидозом

А.А. Визель, И.Ю. Визель

Казанский государственный медицинский университет

Введение. Саркоидоз — полиорганный эпителиоидно-клеточный гранулематоз неизвестной природы. После отмены в 2003 г. в России VIII группы диспансерного учета во фтизиатрических учреждениях наблюдение этих больных было передано в общую сеть и в пульмонологические учреждения. В Республике Татарстан наблюдение этих больных в противотуберкулезных учреждениях прекратилось в 2010 году. В течение последних 20 лет саркоидоз является предметом научно-практических исследований, что позволило проанализировать диагностический путь этих пациентов.

Материал и методы. Для анализа была использована база данных больных из 35 регионов России, созданная и пополняемая на кафедре фтизиопульмонологии Казанского медицинского университета (КГМУ). 78,5% составляли больные из Татарстана, 5,4% — из Республики Марий-Эл, 2,3% — из Чувашии, 2,3% —

из Мордовии, 2,2% — из Удмуртии, 1,6% — из Башкортостана, 1,5% — из Ульяновской области, 1% — из Нижнего Новгорода (остальные — менее 1%).

Результаты. Было проанализировано 1156 пациентов (61,1% женщин), направленных в период с 1995 г. по настоящее время на консультацию к пульмонологу кафедры фтизиопульмонологии КГМУ, ведущему прием больных саркоидозом. Средний возраст пациентов был $42,4 \pm 0,4$ года (от 15 до 76 лет). Наиболее частыми причинами направления к специалисту были впервые выявленные изменения на флюорограммах или рентгенограммах (50,1%), респираторные жалобы (22,1%), изменения кожи (8,5%), увеличение периферических лимфатических узлов (2,2%), снижение зрения (0,8%). Вопрос о необходимости дифференциального диагноза с саркоидозом в 45,8% случаев поставил фтизиатр, в 22,4% — терапевт, в 13,4% — пульмонолог,

в 6,9% — онколог, в 4,5% — ревматолог, в 1,8% — торакальный хирург, остальные — реже 1%. Наиболее частыми диагнозами при направлении были: туберкулез — 24,0%, саркоидоз — 20,8%, узловатая эритема — 10,1%, пневмония — 9,9%, острый бронхит — 6,6%, артриты — 4,1%, опухоль легких — 4,0%, внутригрудная лимфаденопатия неясного генеза — 3,9%, легочная диссеминация неясного генеза — 3,6%, лимфогранулематоз — 1,8% (менее 1% не приводим). 13,4% больных получили курс комплексной противотуберкулезной терапии. После первичного обследования диагнозы изменились: саркоидоз — 77%, туберкулез — 7%, опухоль легких — 3,2%, узловатая эритема — 2%, лимфома — 1,8%, острый бронхит — 1,1%. Среди окончательных диагнозов наиболее частыми были саркоидоз (95,4%), узловатая эритема (1,0%), опухоли легких (0,5%). Клинические диагнозы были следующими: саркоидоз, стадия 0 — 0,9%, стадия I — 34,1%, стадия II — 53,5%, стадия III — 5,9%, стадия IV — 1,0%, саркоидоз плевры — 0,1% (в 4,6% случаев саркоидоз был исключен). Синдром Лефгрена встретился в 20,5% случаев. Диагностический путь (от первичного обращения до окончательного диагноза) варьировал от 1 до 158 недель, составляя в среднем $6,9 \pm 0,3$ недели.

Гистологическая верификация диагноза была проведена 52,9% больным (32,8% — в онкологическом диспансере, в 14,8% — в многопрофильных больницах и в 5,4% случаев — в противотуберкулезном диспансере). Среди верифицированных случаев в 58,8% материал был получен при видеоторакоскопических операциях, в 16,5% — при проведении бронхоскопии, в 11,7% — при открытой биопсии легких, в 7,2% — при удалении периферического лимфатического узла, в 4,6% — при иссечении участка кожи, в 0,4% — при удалении увеличенной селезенки и в 0,2% — при аутопсии.

Выводы. Анализ диагностического процесса в данной когорте больных позволяет говорить о высокой эрудиции врачей разных специальностей, направлявших на кафедру пациентов с подозрением на саркоидоз, — в 95,4% случаев подозрение оправдалось. Локальный алгоритм оказания помощи этим больным в Республике Татарстан позволил провести всесторонние обследования. Однако сроки достижения окончательного диагноза сильно варьировали. Прделанная работа свидетельствует о необходимости оптимизации помощи этим пациентам на федеральном уровне для сокращения сроков установления окончательного диагноза.

Значение лечебного питания в повышении эффективности комплексной терапии туберкулеза у военнослужащих

В.В. Данцев¹, В.К. Гришин², Р.Д. Мучаидзе¹, Ю.Н. Шитов¹, В.В. Иванов¹

¹ Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург;

² Филиал № 2 ГВКГ им. Н.Н. Бурденко

Введение. Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом в нашей стране в последние годы остается неудовлетворительной, что делает поиск путей ее повышения одной из наиболее актуальных проблем современной фтизиатрии. В связи с продолжающимся ростом распространения лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза, по нашему мнению, перспективным направлением улучшения результатов лечения является совершенствование других составляющих комплексной терапии, в частности — лечебного питания.

Цель. Оценка влияния различных вариантов рациона питания на основные показатели эффективности лечения туберкулеза у военнослужащих.

Материалы и методы. Проанализирована адекватность различных норм лечебного питания потребностям больных туберкулезом военнослужащих.

Помимо энергетической ценности и химического состава рационов оценивались уровень энерготрат пациентов, их потребности в основных и эссенциальных нутриентах, фактическое потребление энергии и питательных веществ, статус питания и биохимические показатели в динамике, а также результаты лечения. Участники контрольной группы (52 человека) получали стандартную диету 11-т, назначавшуюся больным туберкулезом военнослужащим до января 2009 г., основной группы (64 человека) — усовершенствованный рацион питания. Все участники исследования получали от 4 до 6 противотуберкулезных препаратов основной и резервной групп с учетом лекарственной устойчивости возбудителя, патогенетическую терапию и физиотерапию, при необходимости — терапию по поводу сопутствующей патологии. Оценка значимости различия в независи-