

Результаты. 1. Впервые будет создана компьютерная модель-программа, позволяющая на дооперационном этапе определять наилучшие для данного человека при данном операционном вмешательстве точки расстановки торакопортов. 2. Впервые давно известные критерии операционного доступа нашли свое воплощение в новом качестве интерактивных операционных критериев.

Обсуждение и выводы. 1. Данная модель-программа максимально персонифицирована и индивидуализирована, содержит исключительно изме-

ряемые критерии. 2. Имеет массу возможностей для дальнейшего развития и совершенствования путем введения новых критериев операционного доступа и обозначения зон, нежелательных для установки торакопортов. 3. Позволяет на дооперационном этапе оценить и выбрать наилучшие расстановки торакопортов. 4. Предоперационное планирование операционного вмешательства и доступа при нем в зависимости от целей операционного вмешательства может также использоваться в учебно-образовательном процессе.

Дифференциальная диагностика саркоидоза и туберкулеза органов дыхания с применением иммунологических методов

М.А. Белокуров¹, А.А. Старшинова¹, В.Ю. Журавлев¹, Л.Д. Кирюхина¹,
Н.В. Сапожникова¹, Л.И. Арчакова^{1,2}, А.Р. Козак¹, О.С. Володич¹, П.К. Яблонский^{1,2}

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

² Санкт-Петербургский государственный университет

Введение. Число больных саркоидозом во всем мире постоянно увеличивается. В России показатель распространенности саркоидоза достигает 20 на 100 000 населения в 2011 г. (Визель А.А., 2013). Диагностика саркоидоза органов дыхания (СОД), несмотря на широкое внедрение в клиническую практику современных методов исследования, представляет большие трудности. Частота диагностических ошибок составляет от 60 до 90% (Илькович М.М., 2005; Шмелев Е.И., 2010), что обусловлено отсутствием патогномичных клинико-рентгенологических и морфологических проявлений заболевания. Внедрение в диагностический комплекс новых иммунологических методов может существенно помочь при дифференциальной диагностике саркоидоза и туберкулеза.

Цель. Определение диагностической значимости иммунологических тестов при проведении дифференциальной диагностики саркоидоза и туберкулеза.

Материалы и методы. За период 2013–2014 гг. проведено когортное исследование на базе отделений дифференциальной диагностики и терапии туберкулеза легких. Обследовано 36 пациентов с подозрением на саркоидоз II–III стадии. Большая часть пациентов выявлена после проведения флюорографического обследования (83,4%; 30), с жалобами обратилось достоверно только 6 (16,6%) человек. Всем проведены комплекс диагностики с оценкой клинической симптоматики, рентгенологическое обследование (обзорная рентгенограмма грудной клетки, иссле-

дование респираторного материала на наличие МБТ с применением бактериологических и молекулярно-биологических методов, многосрезовая компьютерная томография (МСКТ). В большинстве случаев рентгенологические изменения имели двусторонний (72,2%; 21), значительно реже — односторонний характер. Увеличение внутригрудных лимфатических узлов (ЛУ) определялось в 58,3% (21) (средний размер ЛУ — $m=19,0\pm 0,25$ мм, в 74,4% в двух и более группах. Очаговая диссеминация определялась в 94,4% (34), редко — на фоне инфильтрации (25,5%; 9). Всем пациентам проведена гистологическая верификация диагноза после забора биоптата из лимфатического узла или легочной ткани, который получен после проведения чрезбронхиальной биопсии или секторальной резекции. По результатам обследования пациенты распределены на 2 группы: с саркоидозом II–III (n=20), с туберкулезом органов дыхания — II группа (n=16). В группах проведен иммунологический комплекс с пробой Манту 2 ТЕ, диаскинтестом, комплексом серологических реакций [реакция потребления компонента (РПК), реакция пассивного гемолиза (РПГ), иммуноферментный анализ (ИФА)], которые применяются с целью определения активности туберкулезной инфекции. Обработка материала проводилась с использованием программ Microsoft Office Word Excel 2010 и SPSS 16.0. Применялся критерий хи-квадрат (χ^2). Количественные данные представлены в виде $M\pm SD$. Различия считались значимыми при $p<0,05$. Проводился

| Группы сравнения | Проба Манту 2 ТЕ (п/%) | | | Диаскинтест (п/%) | | |
|--|------------------------|------------|------------------|-----------------------------|------------|------------------------------|
| | - | + (2-5мм) | + (5 мм и более) | - | + (2-5 мм) | + (более 5 мм) |
| I группа — больные туберкулезом (n=16) | 18,7% 3 | 12,5% 2 | 68,8% 11 | 31,3%* 6 | - | 68,7%* 11, $\chi^2=16,25$ |
| II группа — больные саркоидозом (n=20) | 35,0% 7 | 10,0% 2 | 55,0% 11 | 95,0% 19, $\chi^2=13,85$ | - | 0,5% 1 |

Примечание. * — $p < 0,001$ при сравнении групп I и II.

расчет показателей диагностической значимости: диагностической чувствительности (ДЧ), диагностической специфичности (ДС), диагностической информативности (ДИ), расчет фактора риска (RR).

Результаты. Результаты проведенного иммунологического обследования представлены в таблице.

По результатам серологического комплекса обследования достоверных различий не получено. Высокий титр специфических антител в комплексе серологических реакций определялся в 31,2% случаев (5) в I группе: в 31,2% (5) — РПК, в 18,7% (3) — РПГ, в 6,2% (1) — ИФА. Во II группе — в 20,0% (4): в 10,0% (2) — РПК, в 10,0% (2) — РПГ, в 10,0% (2) — ИФА. Показатели диагностической значимости иммунологических методов

составили: проба Манту 2 ТЕ (ДЧ — 78,6%, ДС — 38,9%, ДИ — 58,75), диаскинтест (ДЧ — 68,7%, ДС — 95,0%, ДИ — 81,85%). Риск получения положительного результата по пробе Манту 2 ТЕ в I (RR=0,78) и II (RR=0,64) группах сопоставим, тогда как риск положительного результата по диаскинтесту достоверно ниже у больных саркоидозом: RR=0,61 (I) против RR=0,05 (II).

Обсуждение и выводы. Пробы Манту 2 ТЕ и серологические методы не имеют существенного диагностического значения при проведении дифференциальной диагностики саркоидоза и туберкулеза, тогда как диаскинтест имеет высокую специфичность и низкий риск получения положительного результата у данной группы пациентов.

Сравнение клинико-рентгенологической характеристики туберкулеза при множественной и широкой лекарственной устойчивости возбудителя

Е.Н. Беляева^{1,2}, А.А. Старшинова¹, М.В. Павлова¹,
Т.Б. Потепун², Н.В. Сапожникова¹, И.В. Чернохаева¹, Л.И. Арчакова¹

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

² Городская туберкулезная больница № 2 г. Санкт-Петербурга

Введение. Особую тревогу вызывает нарастание числа случаев туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) возбудителя. Анализ структуры лекарственной устойчивости в регионах СЗФО показал, что распространенность первичного ШЛУ туберкулеза в среднем по региону составляет 1,4%, но варьирует от 0,3% в Архангельской области, до 2,7% в Санкт-Петербурге и 3,2% в Республике Коми (Яблонский П.К., 2013). Выявить клинико-рентгенологические особенности при туберкулезе органов дыхания с широкой лекарственной устойчивостью — важная задача в современной эпидемической ситуации.

Материалы и методы. На базе терапевтического отделения ФГБУ СПб НИИФ Минздрава России и СПб

ГБУЗ «Городская туберкулезная больница № 2» за период с 2013 по 2014 г. получили лечение по поводу туберкулеза органов дыхания 30 пациентов (19 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 18 до 75 лет. После получения данных о лекарственной устойчивости больные распределены на 2 группы: I группа (n=15) — с множественной лекарственной устойчивостью и II группа (n=15) — с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя. В стационаре было проведено комплексное обследование при поступлении: бактериологическое (исследование промывных вод бронхов и мокроты с проведением люминесцентной бактериоскопии, посев на жидкие и плотные среды) и рентгенологическое (спиральный компьютерный томограф с мно-