

Результаты диаскинтеста и квантиферонового теста совпали у 20 человек из 23 (87,0%). Выявлена средняя корреляционная взаимосвязь ($r=0,59$) между результатом квантиферонового теста и размером папулы после диаскинтеста. У 8 пациентов с размером папулы от 8 до 13 мм в 100% случаев квантифероновый тест был положительный, у 10 пациентов с гиперергическим результатом квантифероновый тест также был положительный в 100% случаев.

У 4 детей с отрицательным результатом диаскинтеста получены разнонаправленные результаты квантиферонового теста: в 2 случаях результат был положительный и 2 случаях – отрицательный. У одного пациента с папулой 3 мм на диаскинтест квантифероновый тест был отрицательный.

Заключение

Комплексное применение современных аллергологических и иммунологических тестов (проба Манту, диаскинтест, квантифероновый тест) является важной составляющей алгоритма ранней диагностики туберкулезной инфекции у детей. Высокая чувствительность диаскинтеста и квантиферонового теста позволяет использовать их при проведении комплексного обследования пациентов с клинико-рентгенологическими признаками туберкулеза, что может использоваться в сложных диагностических случаях.

УДК 616-002.5:611.771

Мановицкая Н.В., Бородина Г.Л.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Значимость диаскинтеста для диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза у взрослых

Введение

Диаскинтест (ДТ) может использоваться в качестве маркера присутствия в организме вирулентных штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ), что позволяет выявлять пациентов с активным и латентным туберкулезом [1]. Однако до настоящего времени нет единого мнения среди врачей о значимости ДТ у взрослых при дифференциальной диагностике активного туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний, особенно у пациентов в возрасте старше 30 лет [2].

Цель исследования

Оценка эффективности ДТ у взрослых пациентов для диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование 97 пациентов, находившихся на стационарном обследовании и лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в период с 2014 по 2016 г., из которых 80 пациентов с активным туберкулезом органов дыхания и плевры, с нетуберкулезными заболеваниями – 17. У всех пациентов при поступлении в стационар клинико-рентгенологические данные обследования не позволяли исключить туберкулез. Клинический диагноз туберкулеза легких или плевры был установлен на основании положительных результатов бактериологического исследования мокроты на наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) или по результатам морфологического исследования послеоперационного материала; диагноз нетуберкулезного заболевания был подтвержден морфологически, а в случаях микобактериоза – двукратным выявлением атипичных микобактерий при бактериологическом исследовании мокроты.

Таблица 1**Возрастно-половая и клиническая характеристика пациентов**

Признаки	Количество пациентов (n=97)
	Пол (мужчины/женщины), абс. ч.
Возраст, лет (медиана (Me) [25%; 75%]), min-max	43 [21; 64] 19–82
Туберкулез, абс. (%)	80 (82)
Из них ВИЧ-ассоциированный туберкулез (2–3 стадия ВИЧ-инфекции), абс.(%)	4 (5)
Форма туберкулеза (абс.):	
Очаговый	6
Диссеминированный	8
Инфильтративный	58
Туберкулема	5
Туберкулезный плеврит	3
Нетуберкулезные заболевания, абс., %	17 (18)
Поствоспалительный пневмофиброз	7
Плевропневмония	2
Саркоидоз	3
Злокачественные опухоли	1
Микобактериоз	4

Перед поступлением в стационар (в противотуберкулезном диспансере) всем пациентам проводился ДТ. Исключались из исследования пациенты, у которых ДТ был выполнен в один день с пробой Манту. ДТ оценивался как отрицательный при отсутствии папулы и наличии только уколочной реакции в месте введения, положительным результатом ДТ считалось наличие папулы. ДТ оценивался как гиперергический при размере папулы более 15 мм. Возрастно-половая и клиническая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Дополнительно проспективно были обследованы 55 здоровых взрослых лиц (студенты БГМУ), из которых было 16 мужчин и 39 женщин в возрасте от 20 до 24 лет (медиана возраста (Me [25%; 75%]) 21 год [20 лет; 22 года]). ДТ был выполнен у 27 человек (8 мужчин и 19 женщин), проба Манту – у 28 (8 мужчин и 20 женщин).

Результаты и обсуждение

Результаты ДТ у обследованных пациентов представлены в табл. 2.

Как показано в таблице 2, истинный положительный результат ДТ определялся у 59 пациентов, ложноположительных результатов не было. Истинно отрицательный результат ДТ наблюдался у 17 пациентов, ложноотрицательный – у 21 пациента.

Чувствительность ДТ по данным обследования группы пациентов с подозрением на активный туберкулез составила 73,7%, специфичность – 100%. Прогностическая ценность положительного результата составила 100%, прогностическая ценность отрицательного результата – 44,7%.

Среди пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом ложноотрицательный результат ДТ определялся у 1 пациента из 4.

Таблица 2**Результаты ДТ у обследованной группы пациентов**

Результаты ДТ теста	Количество пациентов		
	Всего (n=97)	Туберкулез органов дыхания (n=80)	Нетуберкулезные заболевания (n=17)
Отрицательный	38	21	17
Положительный	59	59	–

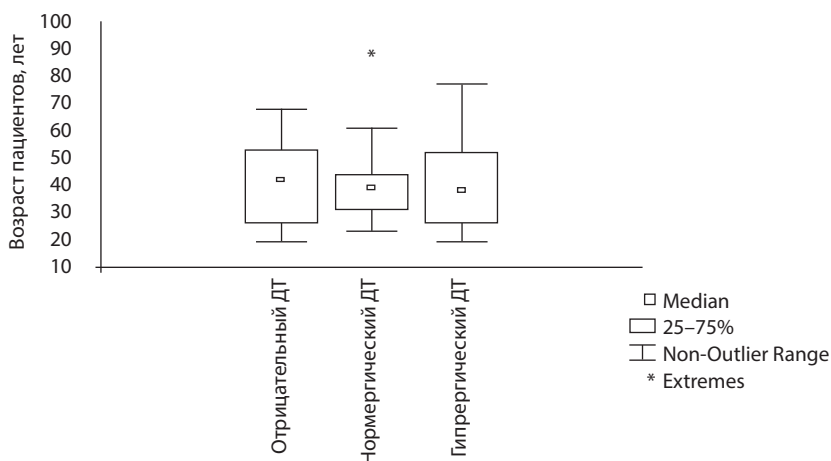


Рис. 1. Возраст пациентов с туберкулезом с различными результатами ДТ

При обследовании группы здоровых лиц из 27 человек, которым проводился ДТ, у 26 (96%) ДТ был отрицательный. Только у 1 (4%) студентки определялась папула 4 мм (в анамнезе семейный контакт с больным туберкулезом), но при дополнительном обследовании данных за активный туберкулез выявлено не было. В то же время из 28 здоровых лиц, которым проводилась проба Манту, нормергические положительные или гиперергические пробы отмечались у 23 человек (86%), отрицательные – у 5 (14%).

Далее анализировался возраст пациентов с подтвержденным диагнозом активного туберкулеза и различными результатами ДТ (n=80) (рисунок 1).

Как показано на рисунке 1, значимые различия при сравнении медиан возраста пациентов с ложноотрицательными и истинно положительными результатами ДТ (как с нормергическими, так и с гиперергическими) отсутствовали.

Заключение

ДТ является высокоспецифичным иммунологическим тестом, который может использоваться у взрослых пациентов разного возраста для диагностики и дифференциальной диагностики активного туберкулеза органов дыхания и плевры.

Литература

1. Кожная проба с препаратом «Диаскинтест» – новые возможности идентификации туберкулезной инфекции / В.А. Аксенова [и др.]; под ред. академика РАН и РАМН М.А. Пальцева. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Шико, 2011. – 256 с.
2. Бородина, Г.Л. Оценка значимости кожных тестов (проба Манту и диаскинтест) для диагностики саркоидоза / Г.Л. Бородина, Т.С. Бондаренко, П.Н. Секацкий // Материалы Республиканской науч.-практ. конф. с междунар. участием «МЛУ-туберкулез: новые научные достижения и их практическое применение», Минск, 17–18 ноября 2016 г.

Тамашакина Г.Н.¹, Кривонос П.С.²

¹Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии, Минск, Беларусь

²Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Трудности диагностики рака легкого у пациентов с бактериовыделением

Введение

Дифференциально-диагностический поиск при легочной патологии направлен на исключение в первую очередь опухолевой или туберкулезной природы заболевания. Указание на контакт с индексным пациентом или перенесенный в прошлом туберкулез, а также обнаружение на рентгенограмме или КТ остаточных посттуберкулезных изменений (ОТИ) является весомым аргументом, чтобы заподозрить специфический характер патологии легких или бронхов. Известно, что ОТИ являются не только фактором риска туберкулеза, но также предрасполагают к развитию неспецифических воспалительных заболеваний и опухолевых процессов. Обнаружение микобактерий туберкулеза (МБТ) в биологическом материале играет решающую роль в диагностике туберкулеза легких и бронхов. Однако часто это принимается за единственный аргумент в диагностике туберкулеза, даже несмотря на наличие других нехарактерных признаков специфического процесса. При этом дополнительные исследования для подтверждения туберкулезной природы болезни не проводятся или они назначаются с большим опозданием. Необходимо помнить о том, что МБТ, особенно однократно, могут выявляться и при других бронхолегочных заболеваниях, особенно при наличии деструктивных процессов и ОТИ. Кроме того, туберкулезный процесс различной активности может сочетаться с другими заболеваниями легких, в том числе и с опухолевыми процессами.

Цель исследования

Оценить значение бактериовыделения при проведении дифференциальной диагностики туберкулеза и рака легкого в условиях фтизиатрического стационара.

Материалы и методы

Нами проанализированы результаты комплексного клинико-рентгенологического, бронхологического и бактериологического обследования 202 пациентов с впервые диагностированным раком легкого, которые находились на обследовании в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии в 2006–2016 гг.

Критерии включения в исследуемую группу были: впервые диагностированный случай рака легкого, подтвержденный результатами бронхологического и морфологического исследования биопсийного материала; обнаружение МБТ любым методом в биологическом материале. Исследуемую группу составили 32 пациента (15,8%) в возрасте от 49 до 78 лет, из них 24 (75%) были мужчины и 8 (25%) женщины.

Результаты и обсуждение

Изменения в легких выявлены у 20 (62,5%) пациентов при обращении к врачу терапевту с респираторными жалобами, а у 12 (37,5%) чел. – при плановом рентгенофлюорографическом обследовании. У 17 (53,1%) пациентов ранее (в сроки от 2 до 10 лет) был диагностирован туберкулез и они получали соответствующее лечение. У 22 (68,8%) пациентов, до поступления в клинику РНПЦ ПиФ, были обнаружены МБТ. При поступлении в клинику: у 15 (46,9%) человек процесс трактовался как впервые выявленный туберкулез легких, у 7 (21,9%) – рецидив специфического процесса, а у 10 (31,2%) чел. проводилась дифференциальная диагностика, в т. ч. У 5 – с опухолью легкого.