

больных. Среди больных с нетуберкулезным ВИЧ-ассоциированным поражением ЦНС чаще, чем в 1-й группе, встречалась очаговая симптоматика ($64,7 \pm 8,0$; $39,2 \pm 5,0\%$ $p < 0,01$), представленная в основном гемипарезом и эпилептическими приступами. Среди пациентов с туберкулезом ЦНС судорожные приступы диагностировали значительно реже ($12,9 \pm 6,0$ и $36,4 \pm 10,0\%$, $p < 0,05$).

В ликворе пациентов с нетуберкулезным ВИЧ-ассоциированным поражением ЦНС существенно чаще определялся невысокий лимфоцитарный цитоз в несколько десятков клеток ($28,9 \pm 5,0\%$), в то время как в 1-й группе больных преобладал характерный для туберкулезного поражения лимфоцитарный цитоз от нескольких десятков до сотен клеток в 1 мкл ($57,9 \pm 6,0\%$), $p < 0,01$. Остальные показатели анализа ликвора в группах существенно не различались.

Сравнительный анализ различных методов обнаружения возбудителя у пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом ЦНС показал наибольшую результативность метода ПЦР, которая достигала 30%. При использовании этого метода для идентификации нетуберкулезного ВИЧ-ассоциированного поражения ЦНС отмечены следующие результаты: положительный анализ получен у 50% больных с токсоплазмозом, при подозрении на цитомегаловирусную инфекцию метод использован однократно и показал положительный результат.

Анализ МСКТ-признаков очагового поражения ЦНС не выявил четких, характерных только для туберкулеза ЦНС, признаков. Следует отметить, что при туберкулезном поражении очаги локализовались преимущественно в височных, теменных и лобных долях головного мозга, в то время как для нетуберкулезного поражения были характерны более разнообразная локализация и достоверно более частое поражение базальных ядер.

Выводы. Проведенный анализ показал схожесть клинической картины, трудности дифференциальной диагностики и отсутствие четких симптомов, характерных для той или иной ВИЧ-ассоциированной патологии ЦНС, развивающейся на поздних стадиях заболевания. В пользу туберкулезного поражения могут свидетельствовать острое развитие болезни, сочетание с туберкулезом других локализаций, умеренный менингеальный синдром и лимфоцитарный цитоз ликвора, составляющий десятки и сотни клеток в 1 мкл. Для нетуберкулезной ВИЧ-ассоциированной патологии характерно более частое поражение вещества головного мозга, сочетающееся, тем не менее, с выраженной менингеальной симптоматикой, и сравнительно низкий (до 30 клеток в 1 мкл) цитоз в ликворе. Существенно улучшает диагностику заболевания использование метода ПЦР для идентификации возбудителя в ликворе.

ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЛЕЧЕННЫХ В ОБЛАСТНОМ КАЗЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ «ЛИПЕЦКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПРОТИВТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР» В 2011-2013 ГГ.

О. А. ОВЧИННИКОВА, И. К. ФОМИЧЕВА, М. И. БОРТНИКОВ, О. В. ТРИБУНСКАЯ

Областное казенное учреждение «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер»

Цель исследования: проанализировать клиническую структуру больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, получивших лечение в стационаре ОКУ «ЛОПТД» за последние 3 года.

Материалы и методы. Изучены истории болезни больных, получавших лечение в стационаре в 2011-2013 гг.

Липецкая область относится к регионам с низким уровнем заболевания ВИЧ-инфекцией и занимает 84-е место среди 89 субъектов Российской Федерации. Последние 6 лет в Липецкой области наблюдается тенденция стабилизации и снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу – в 2013 г. заболеваемость составила по ф. 8 – 46,6 на 100 тыс. населения, по ф. 33 – 33,7, смертность – 3,7 на 100 тыс. Заболеваемость туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в области увеличилась с 0,77 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 1,37 в 2013 г.

В 2011-2013 гг. на базе ТЛО № 1 ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер» было пролечено 62 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Из них умерло 7 (11,3%). Из оставшихся 55 больных 35 (63,6%) – впервые выявленные и больные с рецидивами, 17 (31%) – с хроническим течением туберкулеза, у 3 (5,4%) после дообследования диагноз туберкулеза был снят.

Отмечается увеличение в общей структуре доли больных впервые выявленных и с рецидивом в 2,5 раза: 2011 г. – 7 (38,9%) человек, 2012 г. – 8 (66,7%), 2013 г. – 20 (80%). Доля больных с хроническим течением туберкулеза уменьшилась на 45%.

Трудоспособный возраст был у 52 (94,5%) больных, 35 (67,3%) – из них мужчины.

По гендерному составу все годы преобладали мужчины, но доля женщин нарастает с каждым годом: в 2011 г. из 18 больных мужчин было 14 (77,8%), женщин – 4 (22,2%), в 2012 г. – из 12 боль-

ных мужчин было 8 (66,7%), женщин – 4 (33,3%), в 2013 г. из 25 больных мужчин было 15 (60%), женщин – 10 (40%).

Рост числа заболевших женщин увеличился за годы наблюдения на 60%, при этом число заболевших мужчин незначительно увеличилось на 1 (6,7) человека. Городскими жителями за 2011-2013 гг. было 29 (52,7%) больных, из них мужчины составили 16 (55,2%) человек.

По клинической структуре у больных ВИЧ-инфекцией с впервые выявленным туберкулезом и рецидивами преобладала инфильтративная форма в 25 (71,4%) случаях, реже встречались очаговый туберкулез – в 5 (14,3%) случаях, диссеминированный – в 3 (8,6%), милиарный – в 2 (5,7%) случаях.

Наличие распада и бактериовыделения у обследованных больных представлено в таблице.

Страдали синдромом зависимости от алкоголя 16,4% больных, 41,8% – хроническим вирусным гепатитом С. Только 3 (5,5%) человека имели место работы.

Таблица

Показатели распада и бактериовыделения у обследованных больных

Годы	Распад		Бактериовыделение	
	абс.	%	абс.	%
2011	1	2,8	2	5,7
2012	4	11,4	7	20
2013	10	28,6	10	28,6
Всего	15	42,8	19	54,3

Выводы. 1. Туберкулез и ВИЧ-инфекция в Ленинградской области встречаются преимущественно у лиц мужского пола трудоспособного возраста, не имеющих места работы и проживающих в городе.

2. В 2013 г. наметилась тенденция к изменению структуры характеристик больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией за счет увеличения числа больных с впервые выявленным туберкулезом и рецидивом, больных с полостями распада легочной ткани и бактериовыделением.

ПРИМЕНЕНИЕ T-SPOT У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

А. М. ПАНТЕЛЕЕВ^{1,2}, В. В. МАНИНА³, А. А. СТАРШИНОВА³, В. Ю. ЖУРАВЛЕВ³

¹ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ

²СПб ГБУЗ «Городская туберкулезная больница № 2»

³ФГБУ «СПб научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» МЗ РФ

Цель исследования: изучить возможность применения технологии T-spot в диагностике активного туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование двух групп больных. Основную группу (ОГ) составил 21 больной с ВИЧ-инфекцией и впервые выявленным туберкулезом, подтвержденным бактериоскопией мокроты. Контрольную группу (КГ) составили 18 больных ВИЧ-инфекцией, у которых по результатам скринингового обследования не выявлено признаков активного туберкулеза. Пациентам обеих групп выполняли забор крови для проведения пробы T-spot, основанной на подсчете количества Т-лимфоцитов, активированных антигеном *Mycobacterium tuberculosis*.

Результаты исследования представлены в таблице.

Таблица

Результаты пробы T-spot у больных ВИЧ-инфекцией

Группа наблюдения	Результат T-spot		
	положительный	отрицательный	сомнительный
ОГ	11	5	2
КГ	2	16	3

Анализ зависимости результатов теста от возрастно-половых факторов, уровня CD4-лимфоцитов, применения высокоактивной антиретровирусной терапии в период исследования не выявил достоверных различий в подгруппах больных.

Расчет результатов теста T-spot установил его чувствительность (69%) и специфичность (89%). При проведении проспективного наблюдения за больными у 3 пациентов ОГ установлен бактериологически подтвержденный диагноз микобактериоза. Все больные с атипичным микобактериозом имели отрицательный результат теста T-spot. При пересчете данных с учетом выявления микобактериоза чувствительность метода составила 84%.

Выводы. 1. Полученные результаты свидетельствуют о высоком уровне чувствительности и специфичности метода T-spot в группе больных ВИЧ-инфекцией. Это позволяет рассматривать метод T-spot как метод диагностики активных форм туберкулезного процесса у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

2. Отсутствие зависимости результата исследования от уровня иммуносупрессии позволяет рассматривать метод как один из быстрых методов детекции туберкулеза у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.