

(20,9%) одновременно диагностированы ВИЧ-инфекция и туберкулез, первоначально выявлен туберкулез у 10 (8,1%) пациентов, по 1 (0,8%) пациенту такой информации нет (прибыл из мест лишения свободы). По отчетным данным 2013 г., химиопрофилактика туберкулеза была проведена только 2 пациентам с ВИЧ-инфекцией (в 2011 г. – 8, в 2012 г. – 10).

Разработан протокол ПЛТ для ЛЖВ с подтвержденной или предполагаемой ЛТИ для предупреждения развития активного туберкулеза. В протоколе отражено, что в связи с высокой инфицированностью возбудителем туберкулеза населения региона все ЛЖВ, у которых отсутствуют симптоматика активного туберкулеза, являются кандидатами на проведение ПЛТ. Дополнительно к симптомам, предложенным российскими специалистами для скрининга на наличие жалоб и сим-

птомов, подозрительных на туберкулез, включен симптом – увеличение лимфоузлов.

Служба ВИЧ/СПИД, инфекционисты и врачи первичной медицинской помощи, осуществляющие диспансеризацию ЛЖВ, организуют ПЛТ при поддержке и активном участии фтизиатрической службы.

Определен алгоритм к назначению ПЛТ и антивирусной терапии. Пациентам, уже получающим АРВ-терапию, ПЛТ не назначают. Определен ежеквартальный мониторинг за ЛЖВ, получающими ПЛТ.

Закключение. Во Владимирской области в большинстве случаев (70,2%) ВИЧ-инфекция предшествует заболеванию туберкулезом, поэтому создание протокола ПЛТ у ЛЖВ является важным этапом борьбы с дальнейшим распространением туберкулеза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ – ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ СТАЦИОНАРА ПРИМОРСКОГО КРАЕВОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСERA)

П. Е. ФЕДОСЕЕВА, Н. С. НИКИФОРЕНКО

Приморский краевой противотуберкулезный диспансер, г. Владивосток

Цель исследования: охарактеризовать клинические аспекты больных с сочетанной патологией – туберкулез легких (ТЛ) и ВИЧ-инфекция – в Приморском крае.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации больных с ТЛ и ВИЧ-инфекцией (ТЛ/ВИЧ): истории болезни с результатами обязательных, дополнительных и факультативных методов исследования. В исследование включено 52 пациента, получавших лечение в стационаре Приморского краевого противотуберкулезного диспансера в 2012-2013 гг.

Результаты. У 74% больных впервые ТЛ был выявлен на фоне ВИЧ-инфекции, у 5,7% больных ТЛ и ВИЧ-инфекция выявлены одновременно, у 16,5% – рецидив туберкулеза легких развился на фоне ВИЧ-инфекции, у 3,8% – произошло обострение специфического процесса на фоне ВИЧ-инфекции. Туберкулез был выявлен у 45 (86,5%) человек при обращении за медицинской помощью, у 7 (13,4%) – в результате планового осмотра. Среди выявленных при обращении 88% больных уклонялись от диспансерного наблюдения у инфекциониста по месту жительства по поводу ВИЧ-инфекции.

Получали антиретровирусную терапию только 38,4%, и 65% из них – прервали ее. В 90,4% случаев отмечался парентеральный путь передачи ВИЧ и только в 9,6% – половой. Мужчины составили 78,2%, а женщины – 21,8%. Социальный статус больных

был различным: 32% больных имели постоянную работу, 5,7% – официальный статус безработного, 62,3% – не имели постоянной работы, среди которых 3,8% – были пенсионерами и 1,9% – инвалидами по туберкулезу или другому заболеванию.

По возрасту пациенты распределялись: от 21 до 30 лет – 13,5%, от 31 до 40 лет – 48,1%, от 41 до 50 лет – 34,6%, старше 51 года – 3,8%. Практически у всех больных имелись сопутствующие и вторичные заболевания: 91% больных имели хронические вирусные гепатиты, 94% – цитомегаловирусную инфекцию, 95,3% – вирус простого герпеса, 44,3% – токсоплазмоз, 65% – вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ), 3,8% – сахарный диабет, преимущественно 2-го типа, 1,9% – поражение нервной системы.

У больных были диагностированы следующие формы ТЛ: инфильтративная – 9,6%, диссеминированная – 76,9%, очаговая – 3,8%, плеврит – 5,7%, иное – 3,8%. Имели фазу распада легочной ткани 32 (61,5%) больных.

У 7 (13,5%) больных, помимо ТЛ, имелась и экстраторакальная локализация специфического процесса: у 2 (3,8%) человек – туберкулезный менингоэнцефалит, у 1 (1,9%) больного – туберкулез позвоночника, седалищной кости и мочеполовой системы, у 3 (5,7%) больных – туберкулез периферических лимфатических узлов, у 1 (1,9%) больной – туберкулез суставов.

По стадиям ВИЧ-инфекции картина была следующей: 4А стадия – у 5,7%, 4Б стадия – у 42,3%,

4В стадия – у 44,2%, 5-ю стадию имели 7,6% больных.

В большинстве случаев заболевание туберкулезом носило острый характер – 82,7%, подострое течение отмечалось у 15,4% больных, инанперцетное – у 1,9% больных. Клиническое течение характеризовалось появлением гектической лихорадки (76,9%), появлением и быстрым нарастанием одышки (48%), непродуктивным кашлем (44,2%), кашлем с мокротой (48%), туберкулезной интоксикацией различной степени выраженности (92,3%), экстраторакальными проявлениями в виде головной боли (3,8%), тошнотой и рвотой (1,9%), нарушением ориентации в месте и времени (1,9%).

При объективном обследовании больных выявлены физикальные изменения у 42 (80,7%) пациентов. Анализ лабораторных методов исследования показал, что у 50 (96,1%) больных наблюдалась лимфоцитопения, анемия – у 42 (80,7%) больных, умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле – у 33 (63,4%) больных. Увеличение ALT и AST – у 26 (50%) больных. Определена лекарственная устойчивость возбудителя к противотуберкулезным препаратам (ПТП): к 1 ПТП – у 9,6% больных, к 2 ПТП – 13,5%, к 3

ПТП – у 5,7%. Множественная лекарственная устойчивость возбудителя выявлена у 13,5% больных.

Заключение. Среди больных с сочетанной патологией (ТЛ/ВИЧ) преобладали впервые выявленные больные (79,7%), мужчины составляли 78,2%, из клинических форм преобладал диссеминированный туберкулез легких (76,9%) с наличием деструкции легкого (61,5%), преимущественно с 4Б (42,3%) и 4В (44,2%) стадиями ВИЧ-инфекции. Из них 90% составляли бывшие либо настоящие потребители инъекционных наркотических веществ, уклоняющиеся от наблюдения и лечения по поводу ВИЧ-инфекции (88%) с сопутствующими и вторичными заболеваниями (100%). Клиническая картина туберкулеза у этих больных характеризовалась острым течением (82,7%) с выраженными признаками туберкулезной интоксикации (92,3%), жалобами пациента на органы дыхания (92,2%). Экстраторакальные поражения отмечались в 13,5% случаев. В 42,3% случаев выявлялась лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза к лекарственным препаратам, в том числе множественная лекарственная устойчивость (13,5%).

ТУБЕРКУЛЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

В. А. ЦИНЗЕРЛИНГ^{1,2,3}, В. В. СВИСТУНОВ^{1,4,5}, А. Б. БУБОЧКИН¹

¹Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии,

²Санкт-Петербургский университет,

³Городской центр инфекционной патологии на базе ПАО ГУКИБ им. С. П. Боткина,

⁴Иркутский государственный медицинский университет,

⁵Муниципальная клиническая больница № 1 г. Иркутска

ВИЧ-инфекция в сочетании с туберкулезом продолжает оставаться значимой медицинской проблемой, приводящей к высокой летальности.

Цель исследования: анализ особенностей морфологических проявлений при сочетании туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Проведен анализ аутопсийных наблюдений туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией 63 больных, умерших в КИБ им. С. П. Боткина в 2012 г., и 63 умерших в соматических стационарах г. Иркутска за период 2008–2012 гг.

Результаты. Показано, что туберкулез явился ведущей причиной смерти в 51,6% случаев у больных с ВИЧ-инфекцией в г. Санкт-Петербурге. В отдельных наблюдениях клинический диагноз не был обоснован. В настоящее время отсутствуют абсолютно надежные методы выявления микобактерий туберкулеза (МБТ) в тканях. Клинико-морфологические проявления туберкулеза были весьма разнообразны и преимущественно представляли собой генерализованные формы и зачастую не укладыва-

лись в имеющиеся классификации. Большое значение имели поражения туберкулезом ЦНС (22,4%) и кишечника (15,3%), которые практически не распознаются клинически.

По данным г. Иркутска, среди штаммов МБТ у умерших больных преобладали (70%) относящиеся к генотипу Beijing.

Анализ собственных данных подтверждает преимущественно альтеративные поражения в случаях сочетанного процесса, что обсуждается в источниках литературы. Особые трудности как в клинической, так и патолого-анатомической диагностике возникают в соматических стационарах, где в качестве манифестирующих симптомов нередко выступают перитонит и менингоэнцефалит.

Большое значение при сочетанной патологии имеют исследования: влияние генотипа МБТ на характер клинико-морфологических проявлений заболевания; оптимизация выявления МБТ в тканях; истинная роль микобактериозов и их клинико-морфологическая характеристика; взаимное