

для учета полученных данных в прогнозировании.

Материалы и методы. Изучены данные 592 больных, выявленных в Тульской области в период с 1995 по 01.01.2012 г. Возраст больных – от 19 до 64 лет, из них 437 (73,82%) – мужчины и 155 (26,18%) – женщины. Ранние стадии ВИЧ-инфекции установлены у 36 (6,08%) больных, поздние – у 556 (93,92%). Длительность наблюдения за больным составила от 0 (посмертное выявление) до 13 лет. Оценку статуса (конец срока наблюдения) проводили на 01.01.2014 г.

При сравнении данных по ИТЛ и ДТЛ рассчитывали коэффициент Стьюдента.

Результаты исследования. На конец срока наблюдения ситуация с пациентами была следующей.

Из 592 живы 212 (35,81%) больных, в том числе с ИТЛ – 97 (58,79%) из 165 человек, с ДТЛ – 115 (26,93%) из 427 человек ($p < 0,01$). Из живых больных активный туберкулез имел 61 человек:

ИТЛ – 15, ДТЛ – 46 человек. У 151 (25,51%) больного, в том числе ИТЛ – 82 (84,53%) из 97, ДТЛ – 69 (60,0%) из 115 человек ($p < 0,01$), признаков активного туберкулеза уже не было, то есть достигнуто клиническое излечение туберкулеза.

Из 380 (64,19%) умерших больных (ИТЛ 68 (41,21%), ДТЛ – 312 (73,07%) человек) прогрессирование туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции было причиной смерти у 287 (75,53%) больных, в том числе ИТЛ – у 27 (39,70%) из 68 больных, ДТЛ – у 260 (83,33%) из 312 ($p < 0,01$) пациентов.

Заключение. У больных ВИЧ-инфекцией инфильтративный туберкулез протекает более благоприятно, чем диссеминированный, о чем свидетельствует достоверная разница в частоте по параметрам: клиническое излечение туберкулеза, выживание, непосредственная причина смерти. Установленный факт должен учитываться при составлении клинических и статистических прогнозов.

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 2008-2012 ГГ. В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

О. С. ШЕВЧЕНКО¹, П. И. ПОТЕЙКО²

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Харьковская медицинская академия последипломного образования

Обострение эпидемической ситуации по туберкулезу (ТБ) в мире эксперты связывают со стремительным ростом масштабов пандемии ВИЧ-инфекции (ВИЧ).

Цель исследования: проанализировать динамику показателей пораженности ВИЧ, ТБ и ТБ/ВИЧ населения в Харьковской области за последние пять лет, изучить пути выявления, клинические проявления, особенности течения ВИЧ-ассоциированного ТБ.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование по историям болезни пациентов ОПТД № 1 г. Харькова. Проводили диагностику микобактерий туберкулеза (МБТ) методами флотации и посева, тест на лекарственную чувствительность согласно инструкции по бактериологической диагностике, регламентированной Приказом МОЗ Украины № 45 от 06.02.2002 г.

Результаты. Анализ статистических данных за 2008-2012 гг. указывает на снижение заболеваемости ТБ как на Украине – на 12,5% (с 77,8 до 68,1 на 100 тыс. населения), так и в Харьковской области – на 27,5% (с 68,7 до 49,8 на 100 тыс. населения). Однако заболеваемость ВИЧ на Украине за последние 5 лет выросла на 10,1% (с 40,9 до 45,5 на 100 тыс. населения) и на 14,4% в Харьковской области (с 18,5 до 21,6 на 100 тыс. населения). Что же касается ситуации по коинфекции ТБ/ВИЧ, показатели из года в год ухудшаются. На территории

Харьковской области заболеваемость ТБ/ВИЧ за последние 5 лет выросла на 34,2% (с 2,5 до 3,8 на 100 тыс. населения), по Украине – на 39,4% (с 6,3 до 10,4 на 100 тыс. населения). Показатели смертности с 2008 по 2012 г. по ТБ как на Украине, так и в Харьковской области уменьшаются (на 30,8 и 29,7% соответственно). Смертность от ВИЧ увеличилась на 31,8% на Украине (с 5,8 до 8,5 на 100 тыс. населения) и на 16,7% в Харьковской области (с 2,5 до 3,0 на 100 тыс. населения), которая сопровождается ростом смертности от коинфекции ТБ/ВИЧ – на 19,7% (с 4,9 до 6,1 на 100 тыс. населения) на Украине и на 30% в Харьковской области (с 1,4 до 2,0 на 100 тыс. населения).

По прогностическим оценкам эпидемия ВИЧ на Украине сегодня наиболее угрожает Европе (UNAIDS report, 2012). Со времени выявления первого случая ВИЧ в 1987 г. и до 2012 г. включительно на Украине официально зарегистрированы около 223 тыс. случаев ВИЧ среди граждан Украины, в том числе 56 тыс. заболеваний на стадии СПИДа и 28 тыс. случаев смерти от него. В 2011 г. в стране официально зарегистрированы 21 177 новых случаев ВИЧ (46,2 на 100 тыс. населения). Впервые в 2012 г. зарегистрировано по сравнению с 2011 г. снижение числа новых случаев ВИЧ на 1,6%. Наиболее распространенным сочетанным с ВИЧ заболеванием на Украине, как и раньше, остается ТБ, который выявлен в 55% всех новых случаев ВИЧ.

В 2012 г. на Украине ТБ был диагностирован у 5 541 больных ВИЧ, среди них 4 264 случая легочного ТБ и 1 277 – внелегочного ТБ.

Среди выявленных больных в Харьковской области в 43,4% случаев ТБ развился на фоне существующей ВИЧ, в 46,8% случаев ВИЧ и ТБ выявлены одновременно, и в 9,8% случаев ВИЧ развился на фоне ТБ. Преобладали мужчины (69,2%), возрастной состав больных тесно коррелирует с возрастными группами больных ТБ: от 18 до 24 лет – 8,2%, от 25 до 44 лет – 86,2%, от 45 до 54 лет составил 5,6% больных. В 69% случаев это городские жители, беспризорные составляют не больше 1%. Из сопутствующих заболеваний у зарегистрированных больных ВИЧ/ТБ более часто встречались: хронический гепатит – в 68% случаев, анемия – в 26,4% случаев, наркомания – в 3,5% и дефицит массы тела – в 12,6% случаев. В 50,5% случаев ВИЧ/ТБ установлены при обращении за медицинской помощью, при периодических осмотрах – в 42,7% случаев, при обследовании в лечебных учреждениях по разным причинам – 6,8%, при добровольном консультировании и тестировании на ВИЧ в противотуберкулезных учреждениях – в 1,9% случаев. По локализации процесса преобладали легочные формы ТБ – 85% случаев. Бактериовыделение установлено в 63,9% случаев, из них подтверждено методом бактериоскопии – в 38,8%, культуральным методом – в 61,2% случаев.

С 2009 г. на базе ОПТД № 1 г. Харькова создан кабинет регистрации и ведения случаев мультирезистентного ТБ (МРТБ-кабинет). Проведя анализ пациентов, которые находятся на учете

по МРТБ, выявлено, что среди них 5,9% имеют ВИЧ-ассоциированный ТБ. Медикаментозная устойчивость к препаратам первого ряда была выявлена в 60,8% случаев. Суммарная частота устойчивости МБТ к стрептомицину составила 92,5%, к этамбутолу – 66,7%. У 36 больных выявлены штаммы, устойчивые к препаратам первого и второго рядов одновременно, среди них 3 случая широкой лекарственной устойчивости. Суммарная частота выявления штаммов, устойчивых к канамицину – 61,1%, к амикацину – 44,4%, к капреомицину – 14,3%, ко всем инъекционным препаратам одновременно – 12,7%, к этионамиду – 16,7%, к офлоксацину – в 6,4% случаев.

Выводы. 1. Ситуация по ВИЧ-ассоциированному ТБ в Харьковской области из года в год ухудшается, самой распространенной клинической формой является инфильтративный ТБ с деструкцией и бактериовыделением.

2. Среди больных коинфекцией наиболее распространенные штаммы МБТ с HRES-профилем лекарственной устойчивости как при сохраненной чувствительности к препаратам второго ряда, так и при наличии дополнительной устойчивости к разному количеству противотуберкулезных препаратов второго ряда.

3. ТБ является основным вторичным заболеванием при ВИЧ-инфекции и главной причиной смерти в стадии СПИДа, и это требует совместных скоординированных усилий фтизиатрической службы и службы борьбы со СПИДом для своевременной профилактики и диагностики ТБ у больных ВИЧ.

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ И ПНЕВМОЦИСТОЗ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

А. М. ШИБАНОВ¹, М. Ю. КАЛУГИНА², М. Н. КОРНИЕНКО¹

¹ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России,
²ФГБУ «НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: оценить частоту встречаемости и варианты сочетания оппортунистических инфекций (ОИ), вызванных семейством *Herpesvirus* и *Pneumocystis jirovecii* у пациентов с диссеминированным туберкулезом легких, в том числе на фоне ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. На базе ГКУЗ ТКБ № 3 ДЗМ проведен анализ случай-контроль 102 пациентов, находящихся на лечении по поводу активного диссеминированного туберкулеза легких. Среди обследованных 73 пациента (1-я группа – 71,6%) находились на лечении по поводу туберкулезного процесса на фоне ВИЧ-инфекции. В данной группе пациентов все обследованные находились на поздних стадиях ВИЧ-инфекции – 4 Б или В,

у большинства пациентов соотношение CD4/CD8 лимфоцитов было менее 0,1. Средний возраст пациентов в данной группе составил 31 год.

Во 2-ю группу включены 29 (28,4%) пациентов, находящихся на лечении в стационаре по поводу диссеминированного туберкулеза легких без ВИЧ-инфекции. Средний возраст пациентов в данной группе составил 45 лет. Большинство в обеих группах составляли мужчины. Диагноз туберкулеза у всех пациентов был установлен на основании клинко-рентгенологических данных, полученных в ходе стандартного обследования.

Проведена работа по исследованию проб крови пациентов на базе лаборатории эпидемиоло-