

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-

гии ОИ в ФГБУ «НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России. При исследовании полученного материала проводили количественную оценку уровня антител (Ат) классов IgM и IgG в образцах сыворотки крови к цитомегаловирусу (ЦМВ), вирусу простого герпеса человека (ВПГЧ) 1-го и 2-го типов, вирусу Эпштейна – Барр (ВЭБ), вирусу герпеса человека 6-го типа (ВГЧ-6) и пневмоцисте (ПЦ) методом ИФА. Также проведено исследование полученного материала на наличие вирусов их общих и поздних антигенов (Аг) возбудителей ОИ в клетках крови методом непрямой реакции иммунофлюоресценции (НРИФ) и выявление ранних Аг вируса (ЦМВ, ВГЧ-6) и репродукции вируса (ВПГ, ВЭБ) в культуре клеток быстрым культуральным методом (БКМ). Проведенный статистический анализ достоверных различий в исследуемых группах не выявил.

Результаты. Частота встречаемости ОИ среди пациентов 1-й группы составила для ЦМВИ – 42,9% ($n = 70$), ВПГИ 1-го типа – 74,5% ($n = 51$), ВЭБ – 23,2% ($n = 69$), ВГЧ-6 – 30% ($n = 69$), пневмоцистоза – 27,5% ($n = 69$). На базе лаборатории эпидемиологии ОИ ФГБУ «НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России разработан алгоритм оценки активности ОИ в зависимости от полученных лабораторных данных. Основным показателем активности считалось сочетание повышения уровня Ат классов IgM и IgG в образцах сыворотки крови пациентов. На основании данного алгоритма острая ЦМВИ обнаружена у 6 (8,6%) пациентов, острая ВПГИ 1-го типа – у 17 (33,3%), острая пневмоцистная инфекция – у 13 (18,8%). Во 2-й группе частота встречаемости ОИ составила 41,4; 86,2; 55,2; 20,7 и 34,5% для пневмоцистоза соответственно.

Проведена оценка сочетания герпетических инфекций и пневмоцистоза в исследуемых группах. Результаты представлены в таблице.

Таблица

Виды сочетания инфекций у больных обеих групп

Виды сочетания инфекций	1-я группа $n = 73$		2-я группа $n = 29$	
	абс.	%	абс.	%
ЦМВ	30	41,1%	16	55,2%
ЦМВ + ВПГ	20	27,4%	13	44,8%
ЦМВ + ВПГ, подтвержденный методом культуры клеток	10	13,7%	5	17,2%
ЦМВ + ВПГ + ВЭБ	5	6,8%	6	20,7%
ЦМВ + ВПГ + ВЭБ + ВГ 6-го типа	2	2,7%	3	10,3%
ЦМВ + ВПГ + ВЭБ + ВГ 6-го типа + пневмоцистоз	1	1,4%	2	6,9%

Оценка сочетания пневмоцистоза с различными герпес-вирусными инфекциями показала, что в 1-й группе у 7 (43,8%) пациентов пневмоцистоз сочетался с высоким уровнем маркеров ЦМВИ, у 8 (50%) – с ВПГИ 1-го типа и у 2 (12,5%) – с инфекцией, вызванной ВЭБ. Во 2-й группе были получены следующие данные: 7 (77,8%), 5 (55,6%), 5 (55,6%) соответственно. В одном случае пневмоцистная инфекция сочеталась с ВГЧ-6 (11,1%).

Выводы. 1. Распространенность ОИ, вызванных семейством герпес-вирусов и пневмоцистой у больных диссеминированным туберкулезом органов дыхания, высока и не зависит от наличия или отсутствия ВИЧ-инфекции. У многих больных выявлено сочетание нескольких инфекций на фоне туберкулезного процесса.

2. Обнаружение высокого уровня маркеров герпетических инфекций и пневмоцистоза у больных диссеминированным туберкулезом органов дыхания требует более детального клинического исследования пациентов в данных группах для оценки вклада ОИ в клиническую картину заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КОЭФФИЦИЕНТА CD4/CD8

Л. А. ШОВКУН

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону

Цель исследования: выявить особенности течения туберкулеза легких у больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от уровня коэффициента CD4/CD8.

Материалы и методы. За 2011-2013 гг. под наблюдением находилось 54 пациента (62,8% мужчин и 37,2% женщин) с сочетанной патологией – ВИЧ-инфекция и туберкулез. Возраст больных колебался от 25 лет до 51 года, 69,2% больных

были в возрастной группе 30-45 лет. Из общего числа больных 89% составили постоянные потребители инъекционных наркотиков. Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel 2003 в системе Windows XP.

Результаты. В исследуемой группе по формам туберкулеза больные распределились сле-