

дях ВИЧ-инфекции по пробе с диаскинтестом – 84%, по пробе Манту – 72%. При поздних стадиях ВИЧ-инфекции ценность результатов проб была невысока. При лучевой диагностике отмечалось некоторое запаздывание рентгенологической картины, нежели клинические проявления туберкулеза, при этом через 2-3 нед. выявлялась картина внутрилегочной диссеминации, особенно четко видной при компьютерно-томографических исследованиях. При ультразвуковых исследованиях паренхиматозных органов брюшной полости зарегистрированы мелкоочаговые поражения в 66,7% наблюдений.

При коинфекции бактериовыделение выявлено у 114 (50,6%) больных по результатам тестов на лекарственную чувствительность (Baktec, GeneXpert, посев на плотные среды), из них в 50% случаях (57 больных) установлена множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза и у 6 (5,3%) – полирезистентность.

Выявление туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции (77,3%) отразилось на структуре клинических форм: 1) генерализованный туберкулез с полиорганным поражением у 38 (16,8%) больных, из них у 12 (31,6%) – с поражением ЦНС; 2) инфильтративный туберкулез легких – у 76 (33,3%), в том числе у 14 (18,4%) – осложненный тубоплевритом; 3) диссеминированный туберкулез – у 39 (17,3%); 4) милиарный туберкулез – у 12 (5,3%); 5) туберкулезный менингит – у 7 (3,1); 6) очаговый туберкулез – у 21 (9,3%); 7) туберкулезный плеврит – у 12 (5,3%); 8) туберкулез ВГЛУ, костей и суставов, периферических лимфоузлов и мочеполовой системы в совокупности – у 9,6% больных.

Лечение проводили согласно «Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией» РОФ. Высокоактивную антиретровирус-

ную терапию (ВААРТ) получали 53,2% больных. Результаты лечения туберкулеза показали, что при ранних стадиях ВИЧ-инфекции эффективность не отличалась от таковой у ВИЧ-негативных. При поздних стадиях ВИЧ-инфекции, особенно без ВААРТ, туберкулез прогрессировал.

Немаловажную роль имела приверженность больных к лечению; отказы и прерывания допускал каждый третий больной.

Выявление туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ привело к смерти от него 63 больных в первый год наблюдения (28% от всех с коинфекцией), в том числе у 56 (88,9%) установлены поздние стадии ВИЧ. В течение 2014 г. от туберкулеза умер 1 больной с сочетанной патологией.

Выводы.

1. В Ульяновской области ежегодно увеличивается число больных с сочетанной патологией ТБ-ВИЧ с преобладанием генерализованных форм туберкулеза (75,8%) на фоне поздних стадий ВИЧ, в том числе с поражением ЦНС в 36,7%. К 2015 г. каждый третий впервые выявленный больной с туберкулезом имеет ВИЧ (30,6%). Намечалась тенденция вовлечения адаптированного населения в эпидемический процесс с преобладанием полового пути передачи ВИЧ.

2. Туберкулез у больных с ВИЧ выявляется при обращении в 81,2% случаев; в основном лучевыми методами (93,3%), с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза – в 50% случаев.

3. При поздних стадиях ВИЧ (88,9%) на фоне коинфекции причиной смерти больных в первый год наблюдения в трети случаев (28%) является прогрессирование ВИЧ. Эффективность лечения туберкулеза при ранних стадиях не отличается у ВИЧ-позитивных пациентов от ВИЧ-негативных.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

БАБОВЕВ А. С., ЗОИРОВ М. Х.

DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS SPONDYLITIS

BABOEV A. S., ZOIROV M. KH.

Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Republican Special Research Medical Center of Phthisiatry and Pulmonology named after Sh. A. Alimov,
Tashkent, Republic of Uzbekistan

Цель: определить частоту ошибочной диагностики туберкулезного спондилита.

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторных карт и историй болезни 100 больных (60 мужчин и 40 женщин, средний возраст 40 лет), направленных в РСНПМЦ Ф и П с диагнозом

туберкулезного спондилита, которые предварительно получали лечение в разных соматических клиниках с различными диагнозами.

Результаты. У 62 (62,0%) больных выявлен туберкулезный спондилит, у 22 (22,0%) – поражения злокачественными опухолями (неходж-

кинская лимфома – 6 больных, метастатические поражения позвоночника – 16), у 4 (4,0%) больных диагностирован неспецифический спондилит, у 2 (2,0%) – болезнь Бехтерева, у 2 (2,0%) – эхинококковое поражение позвоночника, у 2 (2,0%) – грыжа Шморля.

Локализация патологического процесса локализовалась: в поясничном отделе – у 56,0% больных, в грудном отделе – у 30,0% больных, в пояснично-крестцовом – у 10,0% больных, в крестцовом отделе – у 2,0% больных. Случаев с поражением шейного отдела не было.

У 90,0% больных диагноз туберкулезного спондилита верифицирован гистологическим исследованием операционного материала. В 74,6% случаев в легких был обнаружен первичный очаг, из них у 39,1% больных было активное поражение легких,

у 33,3% больных микобактерии туберкулеза обнаружены в мокроте при помощи Xpert-исследования. У 55,6% больных туберкулез легких установлен рентгенологически, у 11,1% больных потребовалось дополнительное КТ-исследование. У 17,4% больных выявлена лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза. У всех имела место конверсия в разные периоды интенсивной фазы лечения бактериовыделителей.

Заключение. В 38,0% случаев диагноз туберкулезного спондилита не был подтвержден. Наиболее часто возникает необходимость проводить дифференциальную диагностику между туберкулезным спондилитом, злокачественными поражениями позвонков. Тщательно собранный анамнез помогает поставить правильный диагноз в большинстве случаев.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

БАЙКЕЕ Е., БОГОДУХОВА Е. С., БАЙКЕ Е. В.

POLYMORPHISM OF GENES OF ANTI-INFLAMMATORY AND PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN TUBERCULOSIS PATIENTS

BAIKE E. E., BOGODUKHOVA E. S., BAIKE E. V.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Чита

Chita State Medical Academy, Russian Ministry of Health, Chita, RF

Цель: изучение генотипов и частоты встречаемости аллелей генов интерлейкинов 1, 6, 10 [IL-1b (C3953T), IL-6 (C174G), IL-10 (C592A)] и фактора некроза опухолей (TNF- α (G308A)] у больных туберкулезом.

Материалы и методы. Исследование проводили на базе терапевтического отделения Краевого противотуберкулезного диспансера г. Читы. Обследовано 63 пациента с туберкулезом в возрасте от 35 до 56 лет. От всех больных получено информированное согласие на участие в исследовании. Все больные имели впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением. Контрольную группу составили 60 практически здоровых лиц соответствующего возраста. Анализу подвергали геномную ДНК человека, выделенную из лейкоцитов цельной крови с помощью реагента «ДНК-экспресс – кровь» (ООО НТП «Литех», г. Москва). С образцом выделенной ДНК параллельно проводили две реакции амплификации с двумя парами аллель-специфичных праймеров в режиме реального времени, гель-электрофорезом в ультрафиолетовом свете. Результаты анализа позволяли дать три типа заключений: нормальная гомозигота, гетерозигота,

мутантная гомозигота. Распределение SNP (single nucleotide polymorphism) генов цитокинов в исследованных группах соответствовало распределению Харди – Вайнберга. Для статистической оценки различий качественных признаков при проведении изучения полиморфизма генов использован критерий χ^2 . Значения уровня $p < 0,05$ рассматривали как статистически значимые. Для оценки ассоциации изучаемых полиморфных вариантов генов с риском развития туберкулеза рассчитывали отношение шансов OR (Odds Ratio). OR = 1 трактовали как отсутствие ассоциации; OR > 1 – как положительную ассоциацию (повышенный риск развития патологии), OR < 1 – как отрицательную ассоциацию генотипа с туберкулезом (пониженный риск развития патологии). Математическую обработку полученных результатов выполняли методами непараметрической статистики на персональном компьютере при помощи Statistica 10 и с использованием онлайн-калькулятора (http://gen-exp.ru/calculator_or.php).

Результаты исследования. В ходе молекулярно-генетического исследования установлено, что частота встречаемости генотипа CC гена IL-1b