

идентификацию выполняли методом полимеразной цепной реакции.

Выявленные при изучении секционного материала основные морфологические признаки НТМБ *M. avium* позволили выявлять данное заболевание прижизненно. При работе с биопсийным материалом трудности в определении НТМБ связаны прежде всего с малым количеством материала, наличием в биоптате единичных очень мелких очажков воспаления, обусловленного *M. avium*, а также с необходимостью микроскопически дифференцировать микобактериоз не только с хроническим воспалительным процессом с макрофагальной реакцией, гранулематозными заболеваниями, но и со светлоклеточным раком, опухолями гистиоцитарного ряда. Гистобактериоскопия по Цилю – Нельсену и ИГХ с антителами *M. tuberculosis* дала положительный результат во всех случаях. Видовая принадлежность возбудителя к *M. avium* с помощью ПЦР-исследования установлена в 17 случаях, что составило 89,47%.

Наиболее сложными для патолого-анатомической верификации явились случаи сочетанных инфекционных поражений, диагностированные как в секционных исследованиях, так и при изучении операционно-биопсийного материала. Выявлены сочетания нетуберкулезного микобактериоза с ци-

томегаловирусной инфекцией (1 случай), туберкулезом (2), бактериальной пневмонией (2), с пневмоцистозом и цитомегаловирусным поражением (1). Патология диагностирована с помощью поэтапного комплексного морфологического исследования с гистобактериоскопией, иммуногистохимического исследования с антителами к ВИЧ-ассоциированным инфекциям, ПЦР-исследования для видового определения микобактерий.

Заключение. Морфологическая верификация ВИЧ-ассоциированного микобактериоза, вызванного *M. avium*, имеет свои особенности, обусловленные сходством макро- и микроскопической картины с прочими вторичными заболеваниями, хроническими воспалительными процессами с макрофагальной реакцией, гранулематозными заболеваниями и новообразованиями. Особое внимание следует уделять прижизненной диагностике нетуберкулезного микобактериоза, поскольку лечение его отличается от терапии туберкулеза. Представляют интерес выявленные случаи сочетанного поражения нетуберкулезным микобактериозом и различных инфекционных заболеваний. Необходимо комплексное морфологическое изучение материала с применением, помимо традиционных гистобактериоскопических методов, современных иммунологических и молекулярных исследований.

ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ БОМЖ С СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ – ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ – В г. НОВОСИБИРСКЕ

ИЗУПОВ В. А.¹, МОНАКОВА И. А.¹, ЗЫРЯНОВА Т. В.², КРАСНОВ В. А.³, ПЕТРЕНКО Т. И.³

PRACTICE OF CARE PROVISION TO HOMELESS PEOPLE WITH TB/HIV CO-INFECTION, IN NOVOSIBIRSK

IZUPOV V. A.¹, MONAKOVA I. A.¹, ZYRYANOVA T. V.², KRASNOV V. A.³, PETRENKO T. I.³

¹ГБУЗ НСО НОПТД, 2 отделение ПТД № 6, г. Новосибирск

²ГБОУ ВПО «НГМУ» МЗ РФ, г. Новосибирск

³ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России, г. Новосибирск

¹Novosibirsk Regional TB Dispensary, Department no.2, TB Dispensary no. 6, Novosibirsk, RF

²Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

³Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF

В Новосибирской области сохраняется напряженная эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции. По показателям заболеваемости ВИЧ-инфекцией Новосибирская область занимает 6-е место среди регионов РФ с самыми высокими показателями и 3-е место в Сибирском федеральном округе. Лица с ВИЧ-инфекцией являются группой риска по заболеванию туберкулезом, и число больных с сочетанной патологией неуклонно растет. Среди больных туберкулезом имеется специфическая группа населения – лица без определенного места

жительства (БОМЖ). Выявление, обследование, лечение и наблюдение лиц данной группы представляет определенные трудности. Обследование и постановка на учет в центре СПИДа возможны только для лиц, имеющих удостоверяющие личность документы. Лечение могут получать лица с постоянной регистрацией по месту жительства. Лица БОМЖ нередко не имеют документов, удостоверяющих личность, и/или постоянного места регистрации, что является препятствием для постановки их на учет и лечения.

Диспансер по оказанию специализированной медицинской помощи лицам БОМЖ, больным туберкулезом, функционирует в г. Новосибирске с 2003 г. С распространением среди них лиц с ВИЧ-инфекцией в последние годы остро встала проблема постановки их на учет в центре СПИДа, лечения и дальнейшего наблюдения.

Цель: изучить возможности организации специализированной помощи лицам БОМЖ, больным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, в условиях мегаполиса.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные карты лиц БОМЖ, имеющих сочетанную патологию туберкулез и ВИЧ-инфекция, наблюдавшихся в специализированном отделении противотуберкулезного диспансера (ПТД) № 6 г. Новосибирска в 2014 г.

Изучена доступность обследования и лечения больных ВИЧ-инфекцией для различных социальных групп лиц БОМЖ, больных туберкулезом.

Результаты. Проанализированы данные амбулаторных карт лиц БОМЖ, больных туберкулезом, наблюдавшихся во 2-м отделении ПТД № 6 в 2014 г. Всего в 2014 г. состояло на учете 205 больных туберкулезом лиц БОМЖ. Сочетанную патологию туберкулез и ВИЧ-инфекция имели 45 (22%) из них. Впервые выявленных было 80 человек, у 25 (31%) из них при обследовании обнаружена ВИЧ-инфекция. Это больше, чем в г. Новосибирске, где доля больных ВИЧ-инфекцией в контингентах больных туберкулезом составляет 18%. Среди 45 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции преобладали мужчины (84,5%). Средний возраст пациентов составил $35,0 \pm 5,7$ года.

Все пациенты – лица БОМЖ – были разделены на 3 социальные группы по классификации А. П. Дунтау, В. А. Изупова, 2007 (свидетельство № 2013). В первую группу включены лица БОМЖ, имеющие документы и регистрацию, но не имеющие фактического места проживания ($n = 7$). Пациентам этой категории были доступны все виды обследования и лечения в соответствии с регламентирующими документами, как и социально адаптированным лицам. Вторую группу составили лица БОМЖ, имеющие документы, но не имеющие регистрации ($n = 11$). Они были обследованы на ВИЧ-инфекцию, но не могли встать на учет в центре СПИДа и, следо-

вательно, не получали антиретровирусную терапию (АРВТ). Третья группа пациентов ($n = 27$) не имела удостоверяющих личность документов и регистрации. Эти больные не могли дообследоваться в центре СПИДа (иммуноблот, иммунограмма, вирусная нагрузка), не были проконсультированы инфекционистом центра СПИДа, им не была установлена стадия и фаза ВИЧ-инфекции, они не были поставлены на учет и не получали АРВТ.

Для решения этой проблемы больных второй и третьей групп госпитализировали в противотуберкулезные учреждения города, где дообследовали на ВИЧ-инфекцию (иммуноблот, иммунограмма, вирусная нагрузка), осуществляли квалифицированную консультацию специалиста центра СПИДа, который определял стадию и фазу ВИЧ-инфекции и назначал АРВТ при необходимости на время стационарного лечения.

После выписки из противотуберкулезного стационара больные третьей группы при помощи и содействии социального работника диспансера и учреждений социальной службы оформляли или восстанавливали удостоверяющие личность документы, а больные второй и третьей групп – регистрацию для продолжения АРВТ в центре СПИДа.

Выводы.

1. Доля больных ВИЧ-инфекцией среди лиц БОМЖ выше, чем среди остальных контингентов больных туберкулезом.

2. Условное разделение пациентов с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией на 3 группы в зависимости от наличия или отсутствия удостоверяющих личность документов и регистрации места проживания выявило наиболее дезсоциализированные группы среди лиц БОМЖ, которым первоначально осуществить полноценное обследование и лечение ВИЧ-инфекции оказалось возможным только при условии госпитализации в противотуберкулезный стационар.

3. Для организации продолжения ведения (обследования и лечения) пациентов (лиц БОМЖ, больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией) после окончания стационарного этапа требуется наличие социального работника в противотуберкулезном диспансере для оформления или восстановления удостоверяющих личность документов и регистрации в учреждениях социальной службы.