

инфекции, почти половина которого представлена больными, выделяющими микобактерии с МЛУ.

Показатель смертности от туберкулеза составил 15,2 на 100 тыс. населения (темпы убыли – 13,1%). Особую тревогу вызывает очень высокая доля больных, умерших до 1 года наблюдения, – 27,5% (темпы прироста – 7,0%), что свидетельствует о слабом уровне организации активного выявления туберкулеза среди населения.

Все большую актуальность в Красноярском крае, равно как и в Российской Федерации, приобретает проблема сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией. В 2014 г. в Красноярском крае выявлено новых случаев активного туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией 13,1 на 100 тыс. населения (темпы прироста – 22,4%). Доля новых случаев туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 2014 г. в структуре заболевших по Красноярскому краю составила 16,8%, что является одним из наиболее высоких показателей в Сибирском федеральном округе.

Заключение. Несмотря на снижение показателя заболеваемости туберкулезом всего населения

и детей, показатель заболеваемости туберкулезом подростков и женщин, а также показатель заболеваемости туберкулезом с бактериовыделением и показатель заболеваемости туберкулезом с МЛУ возбудителя, показатель заболеваемости туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией повысились по сравнению с предыдущим годом. Особую тревогу вызывает высокая доля умерших до 1 года наблюдения. Все вышеперечисленное значительно осложняет общую эпидемическую ситуацию по туберкулезу в Красноярском крае и не позволяет дать положительный прогноз относительно ее улучшения в ближайшие годы, в связи с чем необходима активация работы по выявлению, лечению и профилактике этого заболевания в регионе.

Установленные выраженные отличия в показателях заболеваемости по полу и в различных социальных группах населения должны определять специфику проводимых противотуберкулезных мероприятий в рамках целевых программ борьбы с распространением туберкулезной инфекции.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

КОРНЕВА Н. В., СТАРШИНОВА А. А., АНАНЬЕВ С. М., ДОВГАЛЮК И. Ф., ОВЧИННИКОВА Ю. Э., ВАТУТИНА В. В., ЯКУНОВА О. А.

SPECIFIC IMMUNOLOGICAL RATES IN CHILDREN WITH GENERALIZED TUBERCULOSIS

KORNEVA N. V., STARSHINOVA A. A., ANANIEV S. M., DOVGALYUK I. F., OVCHINNIKOVA YU. E., VATUTINA V. V., YAKUNOVA O. A.

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, RF

Цель: выявление особенностей клеточного и гуморального иммунного ответа у детей с генерализованным туберкулезом.

Материалы и методы. В 2012–2015 гг. в клиниках ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава РФ (отделения детской фтизиатрии и хирургии костно-суставного туберкулеза у детей и подростков) обследован 201 ребенок в возрасте от 3 до 14 лет с подозрением на туберкулез. Диагностический комплекс включал: клинические, иммунологические (проба Манту с 2 ТЕ, проба с диаскинтестом (ДСТ), QuantiFERON®-TB Gold (КФ), бактериологические, гистологические и лучевые методы (мультирезонансная компьютерная томография).

На основании результатов обследования у 58 детей заболевание туберкулезом было исключено, у 114 – диагностирован туберкулез органов дыхания (I группа), у 29 – генерализованный туберкулез (II группа). Пациенты в группах были сходны по полу и возрасту.

Всем детям проведен комплекс иммунологических методов, включавший определение уровня циркулирующих противотуберкулезных антител по реакции пассивного гемолиза, потребления комплемента, иммунофлюоресцентного анализа; оценку субпопуляционного состава лимфоцитов (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, CD20⁺, CD25⁺, CD95⁺, HLA-DR⁺), фагоцитарной активности нейтрофилов (индекс завершенности фагоцитоза (ИЗФ)). Статистическую обработку материала выполняли с использованием программ Microsoft Office Word Excel 2010 и GraphPad Prism 6. Применяли критерий χ^2 . Количественные данные представлены в виде $M \pm SEM$, где M – выборочное среднее, SEM – стандартная ошибка среднего. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Проведены анализ результатов пробы с ДСТ, QuantiFERON®-TB Gold, титров противотуберкулезных антител в комплексе серо-

логических реакций, сравнение субпопуляционного состава лимфоцитов и фагоцитарной функции нейтрофилов у детей с туберкулезом органов дыхания и генерализованным туберкулезом. Результаты на ДСТ и КФ были сопоставимы: во II группе преобладали отрицательные результаты на ДСТ – 56,3% (17) и КФ – 58,6% (16), в то время как в I группе результаты ДСТ и КФ были преимущественно положительными – 88,4% (99) и 82,1% (92) соответственно. Анализ титров специфических антител показал, что у пациентов обеих групп титры были выше диагностических значений. Статистически значимые различия (непарный t-критерий) установлены только по результатам ИФА ($0,656 \pm 0,29$ (II группа) против $0,273 \pm 0,06$ (I группа), $p = 0,045$).

Также во II группе отмечено достоверное повышение уровня CD3⁺ ($67,00 \pm 1,53\%$ против $58,1 \pm 1,08\%$; $p = 0,0003$), CD19⁺ ($20,88 \pm 1,76\%$ против $16,69 \pm 0,44\%$; $p = 0,001$), в I – достоверно выше уровень CD16⁺ ($16,05 \pm 0,47\%$ против $9,4 \pm 0,7\%$; $p = 0,0001$) и CD25⁺ ($13,27 \pm 0,58\%$ против $6,72 \pm 0,59\%$; $p = 0,0001$). При сравнении фагоцитарной функции нейтрофилов отмечено, что фагоцитоз имел незавершенный характер в обеих группах – ИЗФ $0,99 \pm 0,06$ (I), $0,97 \pm 0,03$ (II).

Заключение. У детей с генерализованным туберкулезом выявлены особенности как клеточного, так и гуморального звена иммунного ответа. Большая частота отрицательных результатов пробы с ДСТ и КФ требует дальнейшего изучения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

КОРНИЕНКО С. В., ПЛОХОТНЮК Н. В., БАРКОВСКАЯ Л. В.

IMPROVEMENT OF TUBERCULOSIS CARE PROVISION TO HIV PATIENTS IN VORONEZH REGION

KORNIENKO S. V., PLOKHOTNYUK N. V., BARKOVSKAYA L. V.

КУЗ ВО «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н. С. Похвисневой», г. Воронеж

Voronezh Regional Clinical TB Dispensary named after N. S. Pokhvisneva, Voronezh, RF

Цель: анализ структуры оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией (ВИЧи) в Воронежской области, раннее выявление туберкулеза (ТБ), эпидситуации в регионе по сочетанной патологии – туберкулез и ВИЧ-инфекция в 2012-2014 гг., мониторинг за больными с сочетанной патологией ТБ/ВИЧи.

Материалы и методы. Проанализированы статистические данные, медицинская документация, «Карты персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией».

Результаты. Противотуберкулезная помощь предоставляется всем гражданам, проживающим на территории области.

С 2000 по 2014 г. с сочетанной патологией ТБ/ВИЧи находились на диспансерном учете 277 больных, включая систему УФСИН РФ.

Стационарную помощь оказывают на базе Областного противотуберкулезного диспансера и Межобластной туберкулезной больницы с последующим лечением и наблюдением на диспансерном этапе амбулаторно. Основным принципом является контроль за приемом принятых доз противотуберкулезных препаратов на всех этапах лечения.

На основании Приказа МЗ и социального развития РФ от № 1224-н от 29.12.2010 г. «Об утвержде-

нии порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом Российской Федерации» в КУЗ ВО «ВОКПТД им. Н. С. Похвисневой» в 2012 г. открыто специализированное отделение для лечения больных ТБ, сочетанным с ВИЧи. Функции отделения: диагностика и лечение больных активным ТБ, сочетанным с ВИЧи, диагностика и лечение вторичных заболеваний, развивающихся на фоне иммунодефицита. В диагностике используют наиболее современные методы исследования мокроты, ликвора и других биологических жидкостей молекулярно-генетическими методами (GeneXpert, ПЦР РВ), посевы на жидкие среды (Bactec) и твердые питательные среды, компьютерное исследование органов грудной клетки, брюшной полости, головного мозга. Консультации различных специалистов (по показаниям).

Внедрение современных методов диагностики дает возможность ускорить сроки уточнения диагноза от 1-3 нед. до 1 сут, начало активного лечения, что отражается на снижении смертности, улучшении качества жизни пациентов.

Ежегодно в области увеличивается число больных ВИЧи с вторичными стадиями, у которых на фоне снижения иммунного статуса активизируется туберкулезная инфекция. Число впервые