

**Заключение.** Прижизненная диагностика внелегочного туберкулеза у лиц с ВИЧ-инфекцией неполно отражает объем поражения органов и тканей, частота которого коррелирует со степенью иммуносупрессии. Для полного учета клиничес-

кой картины туберкулеза необходимо введение термина «генерализованный туберкулез» при наличии туберкулеза двух локализаций в разных системах органов, включающих органы грудной клетки.

---

## ТАКТИКА КОРРЕКЦИИ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЛЕКАРСТВЕННУЮ УСТОЙЧИВОСТЬ МБТ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

ПАНТЕЛЕЕВ А. М.<sup>1,2</sup>, СОКОЛОВА О. С.<sup>1</sup>, ДРАЧЕВА М. С.<sup>1</sup>

### TACTICS FOR CHEMOTHERAPY CORRECTION WHEN SUSPECTING DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PATIENTS

PANTELEEV A. M.<sup>1,2</sup>, SOKOLOVA O. S.<sup>1</sup>, DRACHEVA M. S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Городская туберкулезная больница № 2», г. Санкт-Петербург

<sup>2</sup>ГОУВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», г. Санкт-Петербург

<sup>1</sup>Municipal Tuberculosis Hospital no. 2, St. Petersburg, RF

<sup>2</sup>Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, RF

---

Важной причиной, ведущей к низкой эффективности лечения туберкулеза, является широкое распространение лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) в популяции больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

У пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом часто развивается лекарственная устойчивость МБТ. При этом известно, что туберкулез, развивающийся на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, носит остро прогрессирующий характер с быстрой генерализацией, часто имеющей проявления специфического сепсиса. Исходя из этого, одной из важнейших задач начальных этапов в лечении пациента с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией является быстрое и максимально раннее определение лекарственной чувствительности МБТ для подбора правильной комбинации противотуберкулезных препаратов. Частота детекции лекарственной устойчивости МБТ у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией с учетом совокупности бактериологических и молекулярно-генетических методов не превышает 45-50%. Таким образом, около половины пациентов не имеют данных теста лекарственной чувствительности (ТЛЧ) и получают эмпирический режим химиотерапии (ХТ) туберкулеза. Существующая нормативная документация позволяет осуществлять коррекцию противотуберкулезной терапии с препаратов первого ряда на второй при подозрении на лекарственную устойчивость МБТ. Однако для проведения коррекции необходимо проведение ХТ по 1-му режиму (изониазид, пиразинамид, этамбутол и рифампицин) в течение 3 мес. Данное положение не может быть применено у больных с ВИЧ-инфекцией с выраженным снижением иммунного статуса.

**Цель:** выявить клинические критерии наличия первичной лекарственной устойчивости МБТ у пациентов с ВИЧ-инфекцией и активным туберкулезом и на их основании определить оптимальную тактику ведения больных с неизвестными данными лекарственной чувствительности МБТ на начальных этапах лечения туберкулеза.

**Материалы и методы.** Для решения поставленных задач обследовано 80 больных ВИЧ-инфекцией и впервые выявленным туберкулезом, проходивших лечение в ГБУЗ «Городская туберкулезная больница № 2» г. Санкт-Петербурга с 2012 по 2014 г. Критерием включения в исследование было наличие туберкулеза, подтвержденного ростом МБТ с определением ТЛЧ, отсутствие лечения туберкулеза в прошлом, отрицательные результаты определения ДНК МБТ до начала лечения. Пациенты были разделены на основную группу (ОГ) из 42 пациентов с первичной лекарственной устойчивостью МБТ и контрольную группу, составленную из 38 больных с лекарственно-чувствительными МБТ. Все больные на начальном этапе лечения до получения результатов посева и ТЛЧ получали 1-й режим ХТ туберкулеза, включавший суточные дозы изониазида, рифампицина, этамбутола и пиразинамида. Оценены характеристики туберкулезного процесса, проведена оценка динамики симптомов интоксикации по параметру сроков нормализации температуры в обеих исследуемых группах.

**Результаты.** Данные о пребывании в пенитенциарной системе имелись у 40,5% больных ОГ и 52,6% больных ГС, достоверно не различаясь между собой по частоте. Средний срок от освобождения из мест лишения свободы до выявления ту-

беркулеза в основной группе больных составил  $3,8 \pm 0,8$  года, в группе сравнения –  $7,3 \pm 1,5$  года, различаясь достоверно ( $p < 0,05$ ). Частота употребления наркотиков была несколько выше в ГС (12 больных – 31,6%), чем в ОГ (7 больных – 16,7%), однако они не были статистически достоверными. Данные о наличии контакта по туберкулезу установлены у равного количества пациентов ОГ и ГС (24 больных – 57,1% в ОГ и 14 больных – 36,8% в ГС, различия не достоверны).

Частота острого начала туберкулеза была одинаковой в обеих исследуемых группах: 35,3% в ОГ и 27,6% в ГС (различия не достоверны). При анализе степени интоксикационного синдрома достоверных различий между исследуемыми группами не установлено: выраженные симптомы интоксикации в дебюте туберкулеза присутствовали у 30 (71,4%) больных ОГ и 28 (73,7%) больных ГС.

Изучение частоты генерализованных форм туберкулеза в наблюдаемых группах не выявило достоверных различий. В ОГ она составила 69,0% (29 из 42 больных), в ГС – 65,8% (25 из 38 больных) без достоверности различий.

Значимые различия по социально-демографическим, основным клиническим и эпидемиологическим показателям между группами больных с туберкулезом, вызванным лекарственно-устойчивыми и лекарственно-чувствительными штаммами МБТ, отсутствуют.

Проведенный анализ сроков нормализации температуры на фоне базового первого режима ХТ туберкулеза выявил достоверные различия между больными ОГ и ГС. Средний срок нормализации температуры у больных ГС составил  $15,5 \pm 3,1$  дня и был достоверно меньше, чем у больных ОГ ( $32,9 \pm 4,2$  дня) ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Исходя из полученных данных, можно предположить следующий алгоритм лечебной тактики у пациентов с впервые выявленным туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции при отсутствии данных ТЛЧ: ХТ впервые выявленного туберкулеза должна начинаться с 1-го режима, включающего комбинацию четырех противотуберкулезных препаратов: изониазида, рифампицина, этамбутола и изониазида. Если в срок до 20 дней на фоне лечения не происходит нормализации температуры, необходимо рассматривать случай, как вызванный лекарственно-устойчивыми МБТ, и проводить коррекцию ХТ с назначением 4-го режима с применением не менее 5 препаратов второго ряда (в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя). Ориентация на характеристики дебюта заболевания, распространенности туберкулезного процесса не должны являться ориентиром для подозрения на лекарственную устойчивость МБТ и выбора режима химиотерапии.

---

## ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

*ПАПЕНОВА Е. А., ОДИНЕЦ В. С., ЗАДРЕМАЙЛОВА Т. А., ВАСИЛЕНКО Т. И., АКИНИНА С. А.*

### IMPACT OF EARLY DETECTION OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS IN DIABETES PATIENTS ON THE TREATMENT EFFICIENCY IN STAVROPOL REGION

*PAPENOVA E. A., ODINETS V. S., ZADREMAILOVA T. A., VASILENKO T. I., AKININA S. A.*

ГБУЗ Ставропольского края «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ставрополь

Regional Clinical TB Dispensary, Stavropol, RF

---

**Цель:** изучить влияние раннего выявления туберкулеза органов дыхания у больных сахарным диабетом на эффективность лечения туберкулеза в условиях стационара.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 41 истории болезни больных, пролеченных в легочно-терапевтических отделениях ГБУЗ Ставропольского края «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер» в 2013-2014 гг.

**Результаты.** Из 41 истории болезни больных 32 – впервые выявленных туберкулезом органов дыха-

ния. Доля больных, у которых сахарный диабет был выявлен одновременно с туберкулезом, составила 33% (11) больных.

Среди больных преобладали мужчины – 57% (18), женщины – 43% (14), возрастной состав: от 41 до 60 лет – 20 (64%); до 40 лет – 4 (12%); более 61 года – 8 (24%); не имели места работы – 19 (61%) больных.

По сопутствующей патологии: преобладали больные со 2-м типом сахарного диабета – 29 (91%) больных, 1-го типа – 3 (9%). Все больные поступили в состоянии декомпенсации сахарного диабета.