

проводить мониторинг деструктивных процессов в легочной ткани в ходе лечения.

Выводы. 1. Показано, что накопление высокодифференцированных *Mtb*-специфичных лимфоцитов CD4 в крови больных ТБ ассоциировано со степенью деструкции легочной ткани. Содержание клеток ИФН- γ +CD27- выше 47% является признаком выраженных деструктивных изменений в легких (чувствительность 89%, специфичность 74%).

2. Продемонстрировано, что уменьшение содержания высокодифференцированных *Mtb*-специфичных лимфоцитов CD4 в крови больных ТБ в процессе интенсивной терапии является показателем восстановления/заживления легочных деструкций.

3. Определение процентного содержания клеток ИФН- γ +CD27- в крови может быть использовано для оценки тяжести ТБ-процесса и мониторинга его течения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

О. Н. НОВИЦКАЯ, И. В. ЗАГОРСКАЯ, Л. В. ДЕМЕНТЬЕВА

ОГБУЗ «Иркутская областная клиническая туберкулезная больница»

Цель исследования: изучить дифференциально-диагностические критерии различных видов ВИЧ-ассоциированной патологии центральной нервной системы (ЦНС).

Материалы и методы. Обследовано 79 больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом ЦНС (1-я группа) и 34 пациента с нетуберкулезными заболеваниями ЦНС, протекающими на фоне ВИЧ-инфекции (2-я группа). Все пациенты находились на лечении в Иркутской областной клинической туберкулезной больнице в 2010-2013 гг. Изученные группы не различались по возрастному-половому составу больных: 85% обследованных обеих групп составили мужчины в возрасте $32,8 \pm 0,7$ и $33,3 \pm 1,2$ года соответственно ($p > 0,05$). Среди больных 2-й группы в $5,8 \pm 4,0\%$ случаях была диагностирована лимфома головного мозга, в $32,4 \pm 8,0\%$ – токсоплазмоз, в $11,8 \pm 6,0\%$ – гнойный менингит (менингоэнцефалит), в $20,6 \pm 7,0\%$ – цитомегаловирусное поражение головного мозга, в $29,4 \pm 8,0\%$ – криптококкоз ЦНС.

У всех обследованных больных 1-й и 2-й групп была 4В стадия ВИЧ-инфекции, по длительности течения ВИЧ-инфекции ($4,3 \pm 0,5$ и $5,8 \pm 0,9$ года, $p > 0,05$) и выраженности иммуносупрессии (уровень $CD4^+ \times 10^9/л$ был $0,171 \pm 0,03$ и $0,101 \pm 0,04$ соответственно, $p > 0,05$) группы существенно не различались.

Обследование выполняли при помощи стандартных клинических, неврологических методов, использовали общие, биохимические и бактериологические анализы ликвора, рентгенографию легких, УЗИ внутренних органов, МСКТ головного мозга. Статистическую обработку материала проводили при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных показал, что наличие контакта с туберкулезным больным и перенесенный ранее туберкулез любой локализации не являются досто-

верными признаками, подтверждающими туберкулезную этиологию поражения ЦНС у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, поскольку контакт с больным туберкулезом отмечали $31,6 \pm 5,0$ и $32,4 \pm 8,0\%$ ($p > 0,05$) пациентов 1-й и 2-й групп, а перенесенный туберкулез был у $49,4 \pm 6,0$ и $64,7 \pm 8,0\%$ ($p > 0,05$) больных соответственно.

У большинства больных 1-й группы поражение ЦНС сочеталось с туберкулезом других локализаций, однако у $6,3 \pm 3,0\%$ головной мозг был единственной локализацией процесса. С другой стороны, у $8,8 \pm 5,0\%$ пациентов 2-й группы нетуберкулезное поражение ЦНС сочеталось с туберкулезом легких. Поэтому наличие/отсутствие туберкулеза других локализаций у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции следует считать косвенным признаком туберкулезной природы поражения ЦНС.

Изучение продромального периода заболевания показало, что острое развитие болезни присуще только туберкулезному поражению ЦНС, протекающему на фоне ВИЧ-инфекции, и встречается у $11,4 \pm 4,0\%$ больных.

При исследовании клинических форм патологии ЦНС отмечено, что изолированное поражение вещества головного мозга без вовлечения оболочек характерно в большей степени для нетуберкулезных ВИЧ-ассоциированных заболеваний ЦНС ($23,5 \pm 7,0\%$ против $2,5 \pm 2,0\%$ больных 1-й группы $p < 0,01$). Анализ неврологической симптоматики показал: выраженность головной боли ($74,7 \pm 5,0$ и $100 \pm 3\%$), менингеального симптомокомплекса ($84,8 \pm 4,0$ и $100 \pm 3\%$), фебрильная температура ($73,4 \pm 5,0$ и $97,1 \pm 3,0\%$) были более значительными среди больных с нетуберкулезной ВИЧ-ассоциированной патологией ЦНС ($p < 0,001$), тогда как поражение черепно-мозговых нервов встречалось примерно с равной частотой в обеих группах, что свидетельствует о преимущественной базальной локализации воспаления оболочек головного мозга у всех обследованных

больных. Среди больных с нетуберкулезным ВИЧ-ассоциированным поражением ЦНС чаще, чем в 1-й группе, встречалась очаговая симптоматика ($64,7 \pm 8,0$; $39,2 \pm 5,0\%$ $p < 0,01$), представленная в основном гемипарезом и эпилептическими приступами. Среди пациентов с туберкулезом ЦНС судорожные приступы диагностировали значительно реже ($12,9 \pm 6,0$ и $36,4 \pm 10,0\%$, $p < 0,05$).

В ликворе пациентов с нетуберкулезным ВИЧ-ассоциированным поражением ЦНС существенно чаще определялся невысокий лимфоцитарный цитоз в несколько десятков клеток ($28,9 \pm 5,0\%$), в то время как в 1-й группе больных преобладал характерный для туберкулезного поражения лимфоцитарный цитоз от нескольких десятков до сотен клеток в 1 мкл ($57,9 \pm 6,0\%$), $p < 0,01$. Остальные показатели анализа ликвора в группах существенно не различались.

Сравнительный анализ различных методов обнаружения возбудителя у пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом ЦНС показал наибольшую результативность метода ПЦР, которая достигала 30%. При использовании этого метода для идентификации нетуберкулезного ВИЧ-ассоциированного поражения ЦНС отмечены следующие результаты: положительный анализ получен у 50% больных с токсоплазмозом, при подозрении на цитомегаловирусную инфекцию метод использован однократно и показал положительный результат.

Анализ МСКТ-признаков очагового поражения ЦНС не выявил четких, характерных только для туберкулеза ЦНС, признаков. Следует отметить, что при туберкулезном поражении очаги локализовались преимущественно в височных, теменных и лобных долях головного мозга, в то время как для нетуберкулезного поражения были характерны более разнообразная локализация и достоверно более частое поражение базальных ядер.

Выводы. Проведенный анализ показал схожесть клинической картины, трудности дифференциальной диагностики и отсутствие четких симптомов, характерных для той или иной ВИЧ-ассоциированной патологии ЦНС, развивающейся на поздних стадиях заболевания. В пользу туберкулезного поражения могут свидетельствовать острое развитие болезни, сочетание с туберкулезом других локализаций, умеренный менингеальный синдром и лимфоцитарный цитоз ликвора, составляющий десятки и сотни клеток в 1 мкл. Для нетуберкулезной ВИЧ-ассоциированной патологии характерно более частое поражение вещества головного мозга, сочетающееся, тем не менее, с выраженной менингеальной симптоматикой, и сравнительно низкий (до 30 клеток в 1 мкл) цитоз в ликворе. Существенно улучшает диагностику заболевания использование метода ПЦР для идентификации возбудителя в ликворе.

ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЛЕЧЕННЫХ В ОБЛАСТНОМ КАЗЕННОМ УЧРЕЖДЕНИИ «ЛИПЕЦКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПРОТИВТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР» В 2011-2013 ГГ.

О. А. ОВЧИННИКОВА, И. К. ФОМИЧЕВА, М. И. БОРТНИКОВ, О. В. ТРИБУНСКАЯ

Областное казенное учреждение «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер»

Цель исследования: проанализировать клиническую структуру больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, получивших лечение в стационаре ОКУ «ЛОПТД» за последние 3 года.

Материалы и методы. Изучены истории болезни больных, получавших лечение в стационаре в 2011-2013 гг.

Липецкая область относится к регионам с низким уровнем заболевания ВИЧ-инфекцией и занимает 84-е место среди 89 субъектов Российской Федерации. Последние 6 лет в Липецкой области наблюдается тенденция стабилизации и снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу – в 2013 г. заболеваемость составила по ф. 8 – 46,6 на 100 тыс. населения, по ф. 33 – 33,7, смертность – 3,7 на 100 тыс. Заболеваемость туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в области увеличилась с 0,77 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 1,37 в 2013 г.

В 2011-2013 гг. на базе ТЛО № 1 ОКУ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер» было пролечено 62 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Из них умерло 7 (11,3%). Из оставшихся 55 больных 35 (63,6%) – впервые выявленные и больные с рецидивами, 17 (31%) – с хроническим течением туберкулеза, у 3 (5,4%) после дообследования диагноз туберкулеза был снят.

Отмечается увеличение в общей структуре доли больных впервые выявленных и с рецидивом в 2,5 раза: 2011 г. – 7 (38,9%) человек, 2012 г. – 8 (66,7%), 2013 г. – 20 (80%). Доля больных с хроническим течением туберкулеза уменьшилась на 45%.

Трудоспособный возраст был у 52 (94,5%) больных, 35 (67,3%) – из них мужчины.

По гендерному составу все годы преобладали мужчины, но доля женщин нарастает с каждым годом: в 2011 г. из 18 больных мужчин было 14 (77,8%), женщин – 4 (22,2%), в 2012 г. – из 12 боль-