

Динамика ситуации по сочетанным заболеваниям ТБ + ВИЧ в Иркутской области

Показатель	2010	2011	2012	2013
Всего больных с активным ТБ на фоне ВИЧ за год	1 764	2 048	2 638	2 972
Всего больных с активным ТБ на фоне ВИЧ на конец года	1 401	1 628	1 945	2 148
Кроме того, в системе ФСИН	нд	214	205	190
Впервые выявлено случаев сочетанной патологии ТБ + ВИЧ	611	741	796	871
В том числе в системе ФСИН (%)	64 (10,5%)	93 (12,6%)	84 (10,6%)	123 (14,1%)
Умерло всего пациентов с ВИЧ-инфекцией от всех причин	781	1 213	1 371	1 136
Из них умерли с сочетанной патологией ТБ + ВИЧ (В20.0)	432	529	494	535

Таблица 4

ВААРТ и ПТП у больных ВИЧ-инфекцией (в том числе ТБ + ВИЧ)

Год	2010	2011	2012	2013
На диспансерном учете больных ВИЧ-инфекцией за год	16 513	19 727	21 409	20 273
Получали ВААРТ всего в году (процент от числа пациентов на диспансерном учете)	2 951 (17,9%)	3 364 (17,0%)	4 502 (21,0%)	5 246 (25,9%)
С диагнозом В20.0 получали ВААРТ всего в году	348	585	914	1076
Процент ВААРТ у больных ВИЧ с ТБ (В20.0) от всей группы получающих ВААРТ	11,8%	17,4%	20,3%	20,5%
Число больных ВИЧ-инфекцией, получавших профилактику ПТП в году	939	751	1 798	1 897
Доля больных ВИЧ-инфекцией, получавших профилактику ПТП, от всех находящихся на диспансерном учете за год	5,7%	3,8%	8,4%	9,4%

Большие усилия здравоохранения Иркутской области по охвату больных ВИЧ-инфекцией ВААРТ, особенно в течение 2012-2013 гг., привели к достижению показателя 25,9% от диспансерной группы (табл. 4). Также значительно возрос охват ВААРТ и больных сочетанной патологией ТБ + ВИЧ – с 2010 г. в 2,6 раза (до 20% из всех получавших АРТ).

Также активизировался процесс назначения профилактических схем ПТП пациентам с ВИЧ-инфекцией – с 2010 г. в 2 раза.

Выводы. 1. Продолжается увеличение показателя регистрации пациентов с туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции за счет лиц,

не наблюдающихся по стандарту диспансеризации.

2. Более 14% больных с сочетанной патологией ТБ + ВИЧ составляют пациенты из системы ФСИН.

3. В 2012 г. начало снижаться число новых случаев ТБ + ВИЧ (уменьшение в 3 раза).

4. Быстро растет охват ВААРТ и химиопрофилактикой туберкулеза больных ВИЧ-инфекцией.

5. Активные мероприятия по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией силами противотуберкулезной службы и службы анти-СПИД позволяют надеяться на успех в противодействии эпидемии ТБ + ВИЧ.

ТЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

И. В. РЫМАНОВА¹, И. В. СЕРГЕЕВА¹, А. Л. СОБКИН², В. Ю. МИШИН²

¹ТКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. проф. Г. А. Захарына» Департамента здравоохранения города Москвы

²ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова», г. Москва

Цель исследования: изучение клинических проявлений и течения генерализованного туберкулеза с поражением органов дыхания (ОД) и центральной нервной системы (ЦНС) у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Дизайн исследования – проспективное исследование 70 больных с III и IV

стадией ВИЧ-инфекции, мужчин было 58 и женщин – 12. Всем пациентам проводили стандартное клинико-рентгенолабораторное обследование. Микробиологические исследования мокроты выполняли для выявления микобактерий туберкулеза (МБТ) и определения их устойчивости к противотуберкулезным препаратам (ПТП). Диа-

гностическую люмбальную пункцию осуществляли по показаниям для оценки показателей клеточного и биохимического состава спинномозговой жидкости. Микробиологические исследования ликвора включали: определение кислотоустойчивых микобактерий методом Циля – Нельсона, посев на питательные среды для выявления МБТ, а также криптококкоза, кандидоза, токсоплазмоза и другой грибковой и бактериальной инфекции, а также молекулярно-генетические методы на наличие ДНК цитомегаловируса, вирусов гепатитов В и С, герпеса и др. Химиотерапию туберкулеза ОД и ЦНС проводили в соответствии с Приказом МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003 г. и Национальным руководством по фтизиатрии (2007 г.). Антиретровирусные препараты (АРВИ) назначали в соответствии с Национальным руководством по ВИЧ-инфекции и СПИДу (2014 г.).

Результаты. Среди 70 больных у 24 (34,3%) пациентов был туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ) и туберкулезный менингоэнцефалит (ТМЭ), у 18 (25,7%) – туберкулез легких (ТЛ) и ТМЭ, у 10 (14,3%) – ТВГЛУ, ТМЭ и туберкулез кишечника, у 7 (10%) – ТЛ, ТМЭ и туберкулез кишечника, у 6 (8,7%) – ТВГЛУ, ТМ, туберкулез кишечника и мочеполовой системы и у 5 (7,1%) – ТВГЛУ, ТЛ, ТМЭ, туберкулез кишечника, мочеполовой системы, среднего уха и еще 2-4 внелегочных локализаций. 66 (94,3%) больных, кроме того, еще страдали наркоманией и хроническим вирусным гепатитом В и С. У 70 пациентов было сочетанное поражение ЦНС: кроме ТМЭ, у них диагностированы процессы, вызванные: у 16 – токсоплазмой, у 7 – стрептококком и стафилококком, у 3 – криптококком и у 1 – герпесом.

У 7 (10%) больных количество CD4⁺-лимфоцитов в периферической крови составляло 500-200 кл./мкл, у 25 (35,7%) – 200-100 кл./мкл и у 38 (54,3%) – менее 100 кл./мкл. Необходимо отметить, что уровень CD4⁺-лимфоцитов в крови менее 100 кл./мкл наблюдался у больных генерализованным туберкулезом с поражением ОД и иных органов и систем, при этом ТМЭ сочетался с поражением ЦНС другой этиологии. Острое начало заболевания отмечено у трети больных ТМЭ,

а стойкая субфебрильная и фебрильная температура тела – практически у всех. У 45 (64,3%) пациентов не обнаружено нарушения сознания, ступор был у 16 (22,8%) и кома – у 9 (12,9%). В клинической картине определялись типичный для ТМЭ симптомокомплекс и положительный симптом Кернига, при этом поражение черепно-мозговых нервов встречалось в основном при сочетании с поражением ЦНС другой этиологии. Состав ликвора у больных ТМЭ характеризовался умеренным лимфоцитарным плеоцитозом, повышением содержания белка, снижением уровня сахара и хлоридов. В то же время при сочетании ТМЭ с неспецифическим гнойным МЭ преобладал выраженный нейтрофильный плеоцитоз, а при сочетании с токсоплазмозом или герпесом отмечалось отсутствие цитоза. В процессе противотуберкулезной терапии, антиретровирусного и иного этиотропного лечения в течение 5-7 мес. у 9 (12,8%) больных имелся выраженный положительный клинический эффект, у 16 (22,8%) – незначительное улучшение и у 9 (12,8%) – прогрессирование сочетанных заболеваний, у 36 (51,4%) – летальный исход. Результаты комплексного лечения зависели от исходного иммунодефицита. Наиболее низкая эффективность лечения и высокая летальность (51,4% случаев) отмечалась у пациентов с количеством CD4⁺-лимфоцитов в крови менее 100 кл./мкл. При этом применение АРВИ у больных с исходным количеством CD4⁺-лимфоцитов в крови 200-100 кл./мкл оказывает определенный положительный эффект в виде увеличения количества CD4⁺-лимфоцитов в крови, демонстрируя тенденцию к уменьшению летальных исходов.

Заключение. Генерализованный туберкулез с поражением ОД, ЦНС и других органов у больных ВИЧ-инфекцией имеет тяжелые клинические проявления и протекает крайне неблагоприятно с высоким уровнем летальных исходов. Особенно это проявляется при низком (менее 100 кл./мкл) количестве CD4⁺-лимфоцитов в крови при наличии другой ВИЧ-ассоциированной патологии. Назначение АРВИ в значительной степени определяет эффективность комплексного лечения сочетанной патологии.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, СОЧЕТАННОЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЕДУЩЕЕ?

Е. В. САРМОМЕТОВ¹, В. И. СЕРГЕВНИИ¹, Д. В. ШИМАГИН¹, О. Е. МИКОВА¹

¹ГКУЗ ПК «Пермский краевой центр по борьбе и профилактике со СПИД и инфекционными заболеваниями»,

²ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера» Министерства здравоохранения России

Цель исследования: определить ведущую патологию в эпидемическом процессе при сочетании ВИЧ-инфекции (ВИЧ) и туберкулеза (ТБ).

Материалы и методы. Проведена оценка многолетней динамики заболеваемости ВИЧ и ТБ населения Пермского края за 1998-2013 гг., а также