

**Всероссийская
научно-практическая конференция**



**Модернизация фтизиатрии
Современные технологии оказания
противотуберкулезной помощи населению**



ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИССЕМНИРОВАННЫМ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Корецкая Н.М., Большакова И.А.

Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск

Ключевые слова: диссеминированный туберкулез, ВИЧ-инфекция, жизнеспособность
микобактерий, лекарственная устойчивость.

FEATURES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMONARY DISSEMINATED
TUBERCULOSIS IN COMBINATION TO HIV-INFECTION

Koretskaja N.M., Bolshakova I.A.

State Medical University named after V.F.Vojno-Jasenetsky, Krasnoyarsk

Keywords: disseminated tuberculosis, HIV-infection, viability of mycobacteria, drug
resistance

Цель исследования: анализ частоты первичной лекарственной устойчивости (ПЛУ) и жизнеспособности микобактерий туберкулеза (МБТ) у ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных больных диссеминированным туберкулезом легких (ДТЛ).

Выкопированы данные из историй болезни впервые выявленных больных ДТЛ с бактериовыделением: 39 чел. (1 гр.) – ВИЧ-положительные и 99 чел. (2 гр.) ВИЧ-отрицательные. Бактериовыделение установлено посевом мокроты на среду Левенштейна-Йенсена. Лекарственная чувствительность МБТ определялась стандартным непрямой методом абсолютных концентраций. Жизнеспособность культур МБТ оценивали по скорости и массивности роста: менее 20 колоний со скоростью более 30 суток - низкая, более 100, со скоростью менее 30 суток – высокая.

В 1 гр. ПЛУ МБТ имела у 35,9%, во 2 гр. – 38,2% и показатель не имел достоверных различий. Наиболее высокие показатели ПЛУ наблюдались в 1 и во 2 гр. к основным противотуберкулезным препаратам. Достоверных различий частоты ПЛУ МБТ к препаратам резервного ряда и комбинационному сочетанию препаратов у больных 1 и 2 гр. не было. Доля МБТ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) больше у ВИЧ-положительных больных (23,1% против 16,2%), но различия недостоверны.

Следовательно, лечение ВИЧ-положительных больных ДТЛ не нуждается в коррекции стандартных режимов химиотерапии.

У ВИЧ-положительных больных ДТЛ доля МБТ с высокой жизнеспособностью в 2 раза выше, чем у ВИЧ-отрицательных (71,8% против 35,3%; $p < 0,001$), при отсутствии МБТ с низкой жизнеспособностью. У больных микст-инфекцией доля обильного роста МБТ в 2

раза выше, чем у ВИЧ-негативных (74,4% против 38,3%; $p < 0,001$), что свидетельствует о большей массивности бактериовыделения в 1 гр.

Таким образом, у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных больных ДТЛ отсутствуют отличия в спектре ПЛУ и частоте МЛУ при выраженных различиях жизнеспособности МБТ. Значительное преобладание МБТ с высокой жизнеспособностью у ВИЧ-позитивных больных ДТЛ требует удлинения сроков их лечения в фазе продолжения, а более выраженная массивность бактериовыделения – обязательного наложения пневмоперитонеума.

Контактные данные:

Корецкая Наталья Михайловна

E-mail: kras-kaftuber@mail.ru

ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ АКТИВАЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ КАК
ФАКТОРА УСКОРЕННОЙ ПРОГРЕССИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Хаертынова И.М., Валиев Н.Р., Валиев Р.Ш.

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

Ключевые слова: туберкулез, иммунная система.

THE REASONS FOR ACTIVATING THE IMMUNE SYSTEM AS A FACTOR
ACCELERATED PROGRESSION OF HIV-INFECTION IN PATIENTS WITH
TUBERCULOSIS

Haertynova I.M., Valiev N.R., Valiev R. Sh.

Kazan State Medical Academy, Kazan

Keywords: tuberculosis, HIV, immune system

Обследовано 84 больных сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ, 106 больных ВИЧ-инфекцией без признаков активного туберкулеза. Контрольную группу составили 23 здоровых донора. Полученные результаты позволили говорить о выраженном утяжелении течения ВИЧ-инфекции в случае присоединения активного туберкулезного процесса. При этом менялась не только симптоматика, но и быстрота развития конечной стадии ВИЧ-инфекции. Суммарная характеристика длительности этапов перехода от III к IVB стадии инфекции ВИЧ-инфицированных больных составила $(4,35 \pm 0,21) + (5,4 \pm 1,12) + (2,5 \pm 0,97)$ лет, в то время как у больных с сочетанным инфицированием ВИЧ и ТБ продолжительность перехода в IVB стадию была значительно короче $(2,82 \pm 0,18) + (2,56 \pm 0,15) + (1,08 \pm 0,91)$ лет. Скорость падения $CD4^+$ Т-лимфоцитов в группе ВИЧ/ТБ-коинфицированных больных значительно превышала таковую у ВИЧ-моноинфицированных больных. В обеих группах установлено значительное увеличение количества $CD8^+$ Т-лимфоцитов, сохраняющееся вплоть до IVB стадии ВИЧ-инфекции. Содержание $CD16^+$ (NK) клеток до стадии IVB в обеих группах достоверно не отличалось от нормальных показателей. Ускоренное течение ВИЧ-инфекции у больных коинфицированных ВИЧ и *M. Tuberculosis* не было связано с преимущественным подавлением цитотоксических компонентов иммунной защиты. Таким образом, хроническая генерализованная активация лимфоидной системы, выраженно преобладающая в группе сочетанного течения ВИЧ и ТБ-инфекций, является одной из важных причин ускоренного течения ВИЧ-инфекции в этой группе за счет ускоренного оборота $CD4^+$ Т-лимфоцитов с последующим быстрым истощением данной популяции.

Контактные данные:

Валиев Равиль Шамилович,

E-mail: Guz.Rkpd@tatar.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С ПОЗДНИМИ СТАДИЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Эйсмонт Н.В.¹, Бурлина Е.В.¹, Подымова А.С.², Рямова Е.П.²

¹Государственное учреждение здравоохранения Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», Государственное учреждение здравоохранения
²Свердловский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ,
г. Екатеринбург

Ключевые слова: превентивное лечение туберкулеза, поздние стадии ВИЧ-инфекции, антиретровирусная терапия

EFFICIENCY OF PREVENTIVE TREATMENT OF TUBERCULOSIS IN PATIENTS ON LATE STAGES OF HIV.

Eismont N.V., Burlina E.V., Podymova A.S., Ryamova E.P.

Sverdlovsk regional anti-tuberculosis dispensary, Yekaterinburg

Sverdlovsk regional centre for prophylactics of HIV and inflectional diseases, Yekaterinburg

Keywords: preventive treatment of tuberculosis, late stages of HIV, antiretroviral therapy

В настоящее время весьма актуальной является проблема превентивного лечения туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, проживающих на территории с высокой распространенностью туберкулеза. Предложена 6-месячная схема превентивного лечения туберкулеза у больных с выраженным иммунодефицитом при ВИЧ-инфекции: 3 месяца изониазид с этамбутолом/пиразинамидом и еще 3 месяца один изониазид. Изучены результаты указанного превентивного лечения туберкулеза у 164 больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Для сравнения была взята группа из 185 больных поздними стадиями ВИЧ-инфекции, не получивших полноценный курс превентивного лечения туберкулеза. Преобладали мужчины молодого возраста от 18 до 34 лет. Подавляющее большинство больных имели 4В стадию ВИЧ-инфекции (81,7%), глубокий иммунодефицит (СД4-лимфоцитов менее 200 в микролитре крови) (90,0%), вирусный гепатит «С» (74,8%), отрицательную реакцию на пробу Манту с 2 ТЕ (91,6%). Высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) одновременно с превентивным лечением туберкулеза получали 43,6% пациентов. Доля заболевших туберкулезом и летальность, от ВИЧ-инфекции или туберкулеза, оказалась статистически значимо выше среди больных ВИЧ-инфекцией, не получивших полноценный курс превентивного лечения туберкулеза ($p < 0,05$). При этом имели место: утяжеление клинических форм туберкулеза и его генерализация, подтвержденная на аутопсии. Превентивное лечение туберкулеза по предложенной схеме оказалось высокоэффективным для больных поздними стадиями ВИЧ-инфекции, что было подтверждено расчетами значений отношения шансов для: всей изученной группы больных ВИЧ-инфекции, лиц,

получавших или не получавших ВААРТ, лиц молодого возраста - от 18 до 34 лет, лиц, отрицательно reagировавших на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ, лиц с выраженным иммунодефицитом, больных вирусным гепатитом «С». Статистическая значимость расчетов по всем указанным параметрам всегда была с $p < 0,05-0,001$. Указанная схема превентивного лечения туберкулеза рекомендуется к использованию для пациентов с иммунодефицитом, проживающих на территории с высокой распространенностью туберкулеза.

Контактные данные:

Эйсмонт Наталья Владимировна

E-mail: nvehiv@mail.ru