

CD4-клеток <200 достоверно выше, чем среди лиц с МЛУ ($p < 0,05$), при других уровнях клеток различий не обнаружено.

Обсуждение и выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что сравниваемые группы достоверно различались по ко-

личеству больных с выраженным иммунодефицитом. Лица с уровнем CD4-клеток менее 200 в мкл достоверно чаще регистрировались среди бактериовыделителей в сравнении с лицами без бактериовыделения и среди пациентов с сохраненной лекарственной чувствительностью в сравнении с МЛУ-ТБ.

Впервые выявленный туберкулез органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией

Н.М. Корецкая, А.Н. Наркевич

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Введение. В настоящее время в России на фоне снижения заболеваемости туберкулезом (ТБ) наблюдается значительный рост числа случаев ТБ, сочетанных с ВИЧ-инфекцией. Так, в Красноярском крае доля больных ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией среди взятых на учет в противотуберкулезных учреждениях с впервые в жизни установленным диагнозом возросла с 5,3% в 2009 г. до 13,3% в 2013 г., что делает изучение этой сочетанной патологии одной из актуальных проблем.

Цель. Проанализировать пути выявления, структуру клинических форм ТБ органов дыхания, характеристику процесса, лекарственную устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Использованы данные о 111 пациентах с ВИЧ-инфекцией в возрасте от 20 до 59 лет с впервые установленным диагнозом ТБ органов дыхания, проходивших стационарное лечение в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере № 1.

Результаты. Преобладали мужчины (69,4%), жители города (72,1%). Наивысшую долю составляли лица в возрасте 30–39 лет — 62,2%; на возраст 20–29 лет приходилось 27,0%, 40–49 лет — 9,9%, 50–59 лет — 0,9%. Подавляющее большинство (76,7%) — неработающие лица трудоспособного возраста; 10,8% — лица рабочих профессий, 6,3% — служащие (из них 2,7% — медицинские работники); 3,6% — инвалиды, 0,9% — частные предприниматели. Активно при проверочном флюорографическом обследовании ТБ органов дыхания выявлен лишь у 26,1%; у остальных 73,9% — при обращении с жалобами к врачам различных специальностей. Столь низкое активное выявление связано с нарушением регламентированных (1 раз в 6 мес.) сроков прохождения проверочного флюорообследования больными ВИЧ-инфекцией. Так, в регламен-

тированные сроки его проходило лишь 11,7% заболевших; у 49,5% этот срок составил от 6 мес. до 2 лет, у 16,2% — 2–3 года; более 3 лет не обследовалось 22,5%. Полученные данные свидетельствуют о низком уровне работы общей лечебной сети по активному выявлению ТБ среди больных ВИЧ-инфекцией. Структура клинических форм впервые выявленного ТБ органов дыхания была тяжелой: диссеминированный ТБ легких — 43,2%, инфильтративный — 30,6%, милиарный — 5,4%, казеозная пневмония — 4,5%. Доля очагового ТБ составила лишь 7,2%, экссудативного плеврита — 8,1%, туберкулем — 0,9%. Не вызывает сомнения, что такая структура в значительной мере обусловлена не только наличием ВИЧ-инфекции, но и нарушением регулярности прохождения проверочного флюорографического обследования.

Преобладали распространенные поражения — долевыми (13,7%) и охватывающие более доли (62,7%), из которых 42,2% носили тотальный характер. Деструкция легочной ткани установлена у 32,4%, бактериовыделение — у 51,0%, причем более чем у половины из них оно было массивным. Первичная лекарственная устойчивость МБТ установлена в 57,4%, из них в 44,7% — множественная. Резистентность к стрептомицину наблюдалась в 55,3%, изониазиду и рифампицину — по 46,8%, этамбутолу — в 38,3%, канамицину — в 23,4%, протионамиду — в 17,0%, офлоксацину — в 6,4%.

Обсуждение и выводы. Таким образом, ТБ органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией чаще наблюдается у мужчин в возрасте до 40 лет, неработающих, несмотря на трудоспособный возраст. ТБ выявляется преимущественно при обращении, характеризуется тяжелой структурой клинических форм, большой распространенностью поражения, наличием бактериовыделения у каждого второго, что в значительной

мере связано с низким уровнем работы по активному выявлению ТБ среди ВИЧ-инфицированных, что требует ее активизации, особенно с учетом высокой эпи-

демиологической опасности больных, выделяющих в 44,7% МБТ с множественной лекарственной устойчивостью.

Рентгенологические особенности туберкулеза органов дыхания у пациентов с ВИЧ-инфекцией

А.С. Лазарева¹, П.В. Гаврилов¹, Е.В. Решетнева¹, Е.А. Малашенков², П.К. Яблонский¹

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

² Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина, г. Санкт-Петербург

Введение. Данные лучевых исследований играют важную роль в диагностике легочной патологии у ВИЧ-инфицированных пациентов. По мере прогрессирования иммунодефицита туберкулез легких утрачивает свои классические рентгенологические проявления, в связи с чем многие авторы до сих пор отмечают трудности раннего выявления туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией (Зими́на В.Н., 2010).

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные МСКТ органов грудной клетки и медицинская документация 98 больных ВИЧ-инфекцией и верифицированным туберкулезом легких. 84 (85,7%) пациента верифицированы этиологическим методом, 14 (14,3%) пациентов — с помощью биопсии периферических лимфатических узлов. У всех пациентов были отрицательные данные анализов на цитомегаловирусную инфекцию и пневмоцистную пневмонию. В зависимости от выраженности иммуносупрессии пациенты были разделены на 3 группы (в соответствии с классификацией CDC, Атланта, США, 1993): 1-я группа — ≥ 500 CD4 кл/мкл ($n=12$); 2-я группа — 200–499 CD4 кл/мкл ($n=34$); 3-я группа — < 200 CD4 кл/мкл ($n=52$).

Результаты. Анализ МСКТ показал, что в легочной ткани у пациентов с ВИЧ-инфекцией определялись как

синдромы, типичные для туберкулеза легких (четко очерченные очаги, альвеолярная инфильтрация, полостные образования в легких, внутригрудная лимфаденопатия, плеврит), так и атипичные проявления (очаги по типу «матового стекла»; интерстициальная инфильтрация).

Более чем в 90% случаев отмечался полиморфизм изменений в легких в виде сочетания нескольких КТ-синдромов. У пациентов всех групп в сканологической картине преобладали очаговые изменения. По мере снижения иммунологического статуса отмечено нарастание количества нетипичных рентгенологических проявлений туберкулеза, таких как очаги по типу «матового стекла» и интерстициальная инфильтрация. Также выявлена тенденция к нарастанию распространенности изменений в легких (удельный вес двусторонних очаговых изменений в 1-й группе составил 44,4%, 52,2% — во 2-й группе и 60,7% — в 3-й группе). При этом зафиксировано снижение частоты классических проявлений туберкулезного процесса, таких как альвеолярная инфильтрация и зоны деструкции легочной ткани с преобладанием деструкций пиогенного типа над сформированными кавернами. Выявление деструктивных изменений при компьютерной

КТ-проявления туберкулеза легких при ВИЧ-инфекции

КТ-синдром	CD4 кл/мкл ≥ 500 ($n=12$)	CD4 кл/мкл 200–499 ($n=34$)	CD4 кл/мкл < 200 ($n=52$)
Очерченные очаги	11 (91,7%)	29 (85,3%)	36 (69%)
Очаги по типу «матового стекла»	1 (8,3%)	3 (8,8%)	9 (17%)
Альвеолярная инфильтрация	5 (41,6%)	14 (41,2%)	19 (36,5%)
Интерстициальная инфильтрация	1 (8,3%)	10 (29,4%)	9 (17,3%)
Зоны деструкции в легочной ткани	8 (66,6%)	16 (47%)	19 (36,5%)
Плеврит	0 (0%)	6 (17,6%)	9 (17,3%)
Лимфаденопатия	11 (91,7%)	21 (61,8%)	39 (75%)