

моксифлоксацина (8/8). Для имипенема, миноциклина и тобрамицина не были установлены преобладающие МИК в отношении *M. fortuitum*.

Большинство штаммов из быстрорастущих НТМ было устойчиво к высоким концентрациям препаратов амоксициллин/клавулоновая кислота, цефепим, цефтриаксон, доксициклин и триметоприм/сульфаметоксазол.

Выводы.

1. Все медленно-растущие штаммы преимущественно чувствительны к кларитромицину и рифабутину. Штаммы *M. gordoniae*, кроме

того, чувствительны к амикацину и линезолиду, *M. kansasii* – амикацину, линезолиду, моксифлоксацину и рифампицину, *M. xenopi* – амикацину, линезолиду, моксифлоксацину.

2. Для штаммов *M. abscessus* не удалось определить препараты, эффективные в отношении большинства штаммов; штаммы *M. fortuitum* преимущественно чувствительны к амикацину, ципрофлоксацину, кларитромицину, моксифлоксацину.

3. Медленно- и быстрорастущие НТМ, как правило, устойчивы к триметоприму/сульфаметоксазолу.

КОИНФЕКЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

АСАНОВ Б. М., ПАНТЕЛЕЕВА Л. Г., АСАНОВ Р. Б., ХАРИТОНОВА Е. Е.

TUBERCULOSIS AND HIV CO-INFECTION IN ULYANOVSK REGION

ASANOV B. M., PANTELEEVA L. G., ASANOV R. B., KHARITONOVA E. E.

Государственное казенное учреждение здравоохранения
«Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ульяновск

Regional Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Ulyanovsk, RF

Ульяновская область к началу 2015 г. входит в число наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией регионов России; зарегистрировано (с контингентом УФСИН) 14 488 больных ВИЧ-инфекцией, распространенность составила 1 261,0 на 100 тыс. населения. Живущих с ВИЧ более 10 тыс. человек – почти 1% населения. За 2014 г. выявлено 1 030 новых случаев (89,6 на 100 тыс.), а в 2013 г. – 889 (77,4 на 100 тыс.); рост заболеваемости – в 1,2 раза. За предыдущие 10 лет основным путем передачи ВИЧ был парентеральный; в последние годы превалирует половой путь передачи – 51,4%, а при внутривенном введении наркотиков заразились 47,3%. В эпидемический процесс при ВИЧ вовлекаются социально адаптированные слои населения, в том числе работающие – 55,9%, в работоспособном возрасте от 20 до 50 лет – 81,5%.

Эпидемическая ситуация приобретает негативную тенденцию с ростом частоты сочетанной патологии туберкулез + ВИЧ-инфекция (ТБ-ВИЧ). Так, за 14 лет заболеваемость туберкулезом среди больных ВИЧ-инфекцией выросла со 168,1 до 2 241,7 на 100 тыс. населения, т. е. в 13,3 раза, и превышает заболеваемость среди лиц без ВИЧ-инфекции в 33 раза. Доля впервые выявленных пациентов с коинфекцией от числа всех впервые выявленных больных туберкулезом выросла с 0,5% в 2001 г. до 30,6% в 2014 г.

Цель: изучение особенностей выявления, течения и лечения больных с сочетанной патологией ТБ-ВИЧ в Ульяновской области.

Материалы и методы. Изучены методы выявления, обследования, течения и лечения 225 впервые выявленных больных за 2014 г. с ТБ-ВИЧ, находившихся под наблюдением в Ульяновском областном клиническом противотуберкулезном диспансере.

Результаты. Преобладали лица мужского пола – 145 (64,4%), женщин – 80 (34,6%), с тенденцией к росту по сравнению с 2013 г. (30,5%). В основном люди трудоспособного возраста с 20 до 50 лет – 87,6%. Имели постоянную работу 44 (19,6%) пациента, и 26,7% были в местах лишения свободы. Инфицирование ВИЧ при внутривенном употреблении наркотиков – у 100 (44,4%) человек; у 54,7% – половым путем, что превысило показатель 2013 г. на 10,1%; у 2 (0,9%) детей – внутриутробное заражение. По выявлению коинфекции у 77,2% больных туберкулез обнаружен после установления ВИЧ-инфекции через 4-5 лет; у 22,4% ВИЧ и туберкулез выявлены одновременно; у 0,4% – в том числе посмертно.

Туберкулез выявлен у больных ВИЧ-инфекцией при обращении за медицинской помощью в 81,2% случаев. К моменту установления коинфекции ВИЧ-инфекция была 3-4А стадии у 22,7%, а у 77,3% – 4Б-4В стадий. Основным методом выявления туберкулеза являлась лучевая диагностика – в 93,3% случаев; бактериологические методы – в 0,5%; у 4 (0,2%) диагноз туберкулеза лабораторно установлен на основании клинико-лабораторных данных. **Диагностическая ценность на ранних ста-**

дях ВИЧ-инфекции по пробе с диаскинтестом – 84%, по пробе Манту – 72%. При поздних стадиях ВИЧ-инфекции ценность результатов проб была невысока. При лучевой диагностике отмечалось некоторое запаздывание рентгенологической картины, нежели клинические проявления туберкулеза, при этом через 2-3 нед. выявлялась картина внутрилегочной диссеминации, особенно четко видной при компьютерно-томографических исследованиях. При ультразвуковых исследованиях паренхиматозных органов брюшной полости зарегистрированы мелкоочаговые поражения в 66,7% наблюдений.

При коинфекции бактериовыделение выявлено у 114 (50,6%) больных по результатам тестов на лекарственную чувствительность (Baktec, GeneXpert, посев на плотные среды), из них в 50% случаях (57 больных) установлена множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза и у 6 (5,3%) – полирезистентность.

Выявление туберкулеза при поздних стадиях ВИЧ-инфекции (77,3%) отразилось на структуре клинических форм: 1) генерализованный туберкулез с полиорганным поражением у 38 (16,8%) больных, из них у 12 (31,6%) – с поражением ЦНС; 2) инфильтративный туберкулез легких – у 76 (33,3%), в том числе у 14 (18,4%) – осложненный тубплевритом; 3) диссеминированный туберкулез – у 39 (17,3%); 4) милиарный туберкулез – у 12 (5,3%); 5) туберкулезный менингит – у 7 (3,1); 6) очаговый туберкулез – у 21 (9,3%); 7) туберкулезный плеврит – у 12 (5,3%); 8) туберкулез ВГЛУ, костей и суставов, периферических лимфоузлов и мочеполовой системы в совокупности – у 9,6% больных.

Лечение проводили согласно «Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией» РОФ. Высокоактивную антиретровирус-

ную терапию (ВААРТ) получали 53,2% больных. Результаты лечения туберкулеза показали, что при ранних стадиях ВИЧ-инфекции эффективность не отличалась от таковой у ВИЧ-негативных. При поздних стадиях ВИЧ-инфекции, особенно без ВААРТ, туберкулез прогрессировал.

Немаловажную роль имела приверженность больных к лечению; отказы и прерывания допускал каждый третий больной.

Выявление туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ привело к смерти от него 63 больных в первый год наблюдения (28% от всех с коинфекцией), в том числе у 56 (88,9%) установлены поздние стадии ВИЧ. В течение 2014 г. от туберкулеза умер 1 больной с сочетанной патологией.

Выводы.

1. В Ульяновской области ежегодно увеличивается число больных с сочетанной патологией ТБ-ВИЧ с преобладанием генерализованных форм туберкулеза (75,8%) на фоне поздних стадий ВИЧ, в том числе с поражением ЦНС в 36,7%. К 2015 г. каждый третий впервые выявленный больной с туберкулезом имеет ВИЧ (30,6%). Намечилась тенденция вовлечения адаптированного населения в эпидемический процесс с преобладанием полового пути передачи ВИЧ.

2. Туберкулез у больных с ВИЧ выявляется при обращении в 81,2% случаев; в основном лучевыми методами (93,3%), с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза – в 50% случаев.

3. При поздних стадиях ВИЧ (88,9%) на фоне коинфекции причиной смерти больных в первый год наблюдения в трети случаев (28%) является прогрессирование ВИЧ. Эффективность лечения туберкулеза при ранних стадиях не отличается у ВИЧ-позитивных пациентов от ВИЧ-негативных.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

БАБОВЕВ А. С., ЗОИРОВ М. Х.

DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS SPONDYLITIS

BABOEV A. S., ZOIROV M. KH.

Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Republican Special Research Medical Center of Phthisiatry and Pulmonology named after Sh. A. Alimov,
Tashkent, Republic of Uzbekistan

Цель: определить частоту ошибочной диагностики туберкулезного спондилита.

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторных карт и историй болезни 100 больных (60 мужчин и 40 женщин, средний возраст 40 лет), направленных в РСНПМЦ Ф и П с диагнозом

туберкулезного спондилита, которые предварительно получали лечение в разных соматических клиниках с различными диагнозами.

Результаты. У 62 (62,0%) больных выявлен туберкулезный спондилит, у 22 (22,0%) – поражения злокачественными опухолями (неходж-