

В целом наблюдается толерантное отношение к ВИЧ-инфицированным среди студентов медицинского университета, 73,8 % (95 % ДИ 65,5–82,1 %) респондентов готовы к общению и социальным контактам с ВИЧ-положительными людьми. Однако, ответы на различные вопросы анкеты содержат противоречивые мнения, что говорит о том, что респонденты не задумывались ранее о таких вопросах и не имеют устойчивой позиции по отношению к проблеме ВИЧ-инфекции.

Студенты медицинского университета достаточно осведомлены о ВИЧ-инфекции и путях ее передачи, и понимают, что люди, живущие с ВИЧ, в бытовых условиях не несут угрозы здоровью других людей. Тем не менее, представляя себя в ситуациях непосредственного общения и взаимодействия с ВИЧ-инфицированными людьми, студенты испытывают иррациональный страх за свою жизнь и здоровье, и, несмотря на знания о безопасности контактов, проявляют стигматизирующее отношение к ВИЧ-инфицированным.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Стигма и ВИЧ: определение // AIDS.ru [электронный ресурс]. — 2012. — Режим доступа: <http://aids.ru/aids/stigmadef.shtml>. — Дата доступа: 15.09.2012.
2. Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Гомельской области на 01.03.2013 года // Гомельский районный исполнительный комитет [Электронный ресурс]. — 2013. — Режим доступа: <http://www.gomel.gomel-region.by/ru/sluzhbi/rajcege/zdor/profilaktika/situacia>. — Дата доступа: 15.09.2013
3. Эглтон, П. Стигма, дискриминация и нарушения прав человека в связи с ВИЧ. / П. Эглтон, К. Вуд, Э. Малькольм. — Нью-Йорк: ЮНЭЙДС, 2005. — 56 с.
4. Jamison, D. T. Disease Control Priorities in Developing Countries / D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham. — Washington (DC): IBRD/The World Bank and Oxford University Press. — 2006. — 42 p.
5. Report on the Global AIDS epidemic. Executive summary // World Health Organization [Electronic resource]. — 2006 — Mode of access: [http://www.who.int/hiv/mediacentre/2006\\_GR\\_ANN1A-L\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/mediacentre/2006_GR_ANN1A-L_en.pdf). — Date of access: 15.09.2013.

УДК 61698:578.828НIV(476.2)

## ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

*Бондаренко В. Н.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Генерализованный туберкулез с внелегочными локализациями, развившийся у ВИЧ-положительного больного, считается тяжелым оппортунистическим заболеванием при ВИЧ-инфекции [1]. Особенности течения этой одной из наиболее тяжелых форм туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов изучены недостаточно [2, 3]. Прежде всего, это касается оценки эффективности высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у данной категории больных [4].

### *Цель*

Изучение особенностей течения и исходов генерализованного туберкулеза у ВИЧ-положительных пациентов в сравнении с ВИЧ-негативными, факторов, влияющих на эффективность лечения, результатов применения ВААРТ.

### *Материалы и методы исследования*

Исследование проводилось на базе У «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» и охватило всех больных данными формами туберкулеза, проходивших лечение с 2008 по 2013 гг. Всего за это время было пролечено 127 пациентов, из которых пациентов с ВИЧ-инфекцией было 91 человек. Средний возраст ВИЧ-положительных лиц был меньше, чем ВИЧ-негативных ( $29,3 \pm 0,8$  и  $44,6 \pm 2,0$  лет соответственно,  $p < 0,01$ ). В обеих группах преобладали мужчины (81,3 и 78,0 %,  $p > 0,05$ ). У всех пациентов, кроме легких,

было отмечено туберкулезное поражение еще 1-5 органов. Всем больным назначались режимы противотуберкулезной химиотерапии в соответствии с протоколами лечения туберкулеза. 42 больным с диагнозом ВИЧ-инфекция была назначена ВААРТ на разных сроках течения заболевания. Статистическая обработка материала проведена с использованием программы «Statistica» 6.0. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

### **Результаты и обсуждение**

Среди ВИЧ-инфицированных 87,9 % составили лица, страдающие наркоманией (в группе не инфицированных ВИЧ — 2,8 %,  $p < 0,001$ ). У 70,5 % больных из группы инфицированных ВИЧ были диагностированы хронические вирусные гепатиты В и С, в том числе у части тех лиц, которые категорически отрицали употребление наркотиков когда-либо в жизни. Остальные 29,5 % больных этой группы на гепатиты не были обследованы. Среди больных, не инфицированных ВИЧ, вирусные гепатиты выявлены в 8,3 % ( $p < 0,001$ ) случаев.

Наиболее тяжелым проявлением генерализации туберкулеза явилось развитие туберкулезного менингита (ТМ). В группе ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных отмечены разные варианты начала ТМ (таблица 1).

Таблица 1 — Варианты начала ТМ у ВИЧ-негативных и ВИЧ-положительных больных

Варианты начала ТМ	ВИЧ–		ВИЧ+		P
	n	%	n	%	
1. Быстрое развитие менингита (до 1 мес. от появления симптомов туберкулеза)	4	12,5	63	73,3	< 0,001
2. Позднее развитие менингита (более 1 мес. от начала туберкулеза)	20	62,5	5	5,8	> 0,001
3. Появление симптомов менингита у больных хроническими формами туберкулеза легких	8	25,0	—	—	< 0,001
4. Менингит развился через несколько месяцев после незавершенного основного курса лечения по поводу туберкулеза легких	—	—	10	11,6	< 0,001
5. Менингит развился на фоне применения ВААРТ	—	—	8	9,3	—
Всего	32	100	86	100	—

Из приведенных в таблице 1 данных видно, что для группы ВИЧ-положительных больных характерно раннее развитие ТМ как проявление гематогенной генерализации микобактериальной инфекции.

Таблица 2 — Лабораторные показатели у больных ТМ

Показатель, Ме(min-max)	ВИЧ+ (n = 80)	ВИЧ– (n = 31)	P
Хлорид-ионы СМЖ, мкмоль/л	111 (87–157)	101,25 (58–129)	0,2
Глюкоза СМЖ, моль/л	1,0 (0,05–2,4)	1,1 (0,1–3,6)	0,9
Белок СМЖ, г/л	0,99 (0,23–4,65)	0,66 (0,33–2,7)	0,09
Цитоз СМЖ, мм <sup>3</sup>	252 (5–2219)	195 (18–1127)	0,16
Микобактерии СМЖ, %	34,8	31,3	0,54
Лимфоциты СМЖ %	59 (4–100)	71 (4–95)	0,66
CD4+, мм <sup>3</sup>	115 (20–430)	369 (114–720)	0,0002
Гемоглобин, г/л	100 (45–162)	118 (77–158)	0,07
Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	3,45 (1,22–5,24)	3,86 (2,0–5,83)	0,36
Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л	7,85 (1,5–23,3)	10,95 (3,3–33,7)	0,01
Палочкоядерные, %	7 (1–28)	6,5 (2–18)	0,83
Лимфоциты, %	16 (1–40)	13 (4–44)	0,67
Бактериовыделение, %	58,3	31,3	0,16

В ликворограмме (таблица 2) в обеих группах определяется повышение белка,

лимфоцитарный плеоцитоз, снижение глюкозы и хлорид-ионов. Не получено статистически значимых различий между ВИЧ-инфицированными и неинфицированными. Меньшее содержание лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных можно объяснить более ранним выполнением пункции от начала заболевания, когда в СМЖ преобладают нейтрофильные лейкоциты.

Для обеих групп характерно крайне неблагоприятное течение ТМ. Среднее время от начала ТБ до смерти больных группы ВИЧ+ составило  $32,0 \pm 12$  суток, причем 62,5 % скончались в течение первой недели. Смерть в стационаре наступила у 84 (97,7 %) человек, клиническое улучшение наступило всего у 2 (2,3 %) пациентов.

Бактериовыделение у больных группы ВИЧ+ выявлено в 71,0 %. Антибиотикограмма выполнена у 63,9 % штаммов *M. tuberculosis*, лекарственная устойчивость найдена у 30,8 % штаммов, их них монорезистентность установлена в 8,0 %, мультирезистентность в 22,8 %.

Бактериовыделение в группе ВИЧ-больных наблюдалось в 80,7 % случаев. Лекарственно-устойчивыми оказались 75,0 % штаммов микобактерий, из них множественная устойчивость в 66,7 %, полная резистентность ко всем препаратам первого ряда — в 25,0 %. Это достоверно выше ( $p < 0,001$ ) и объясняется более длительной терапией ТБ у ВИЧ-инфицированных. Различия между группами в проводимой терапии лекарственно-чувствительного туберкулеза. Они касались применения двух наиболее важных противотуберкулезных препаратов — изониазида (H) и рифампицина (R). Из-за развития побочных эффектов H был исключен у 2,1 % ВИЧ-негативных пациентов, R — у 19,6 %. Оба эти препарата сразу из схемы химиотерапии не исключались. У ВИЧ+ больных H был исключен в 11,1 %, R — в 34,4 %, оба препарата — в 7,9 %. Помимо вышеперечисленных, одной из причин отмены этих препаратов стало назначение ВААРТ. Существенно различались результаты лечения в группах. Среди неинфицированных ВИЧ летальность составила 38,9 %, остальные пациенты выжили и выписаны с выздоровлением. Среди ВИЧ-инфицированных умерло 90,1 %,  $p < 0,001$ . Из умерших 76,9 % пробыли в стационаре в среднем 8 дней.

Согласно «Клиническому руководству по лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм» генерализованный туберкулез, развившийся у ВИЧ+ больного, является показанием для безотлагательного назначения ВААРТ [5]. Среди ВИЧ+ больных ВААРТ на разных сроках назначено 38 пациентам. Однако лечение не привело к увеличению выживаемости в этой группе, умерло 86,8 % больных.

Обобщая вышесказанное, можно сделать следующие **выводы**:

1. Наиболее тяжелым клиническим проявлением генерализации туберкулеза является развитие туберкулезного менингита, приводящего практически к 100 % летальности независимо от ВИЧ-статуса пациента.

2. Назначение ВААРТ не повышало выживаемости в группе ВИЧ-положительных больных туберкулезом и способствовало увеличению риска развития токсических побочных реакций на препараты. Поэтому первоочередной задачей ведения ВИЧ-положительных пациентов является адекватное лечение туберкулеза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баласанянц, Г. С. Особенности возбудителя при остро прогрессирующим туберкулезе легких / Г. С. Баласанянц, М. С. Греймер // Проблемы туберкулеза. — 2003. — № 5. — С. 29–31.
2. Ерохин, В. В. Особенности выявления, клинических проявлений и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных / В. В. Ерохин, З. Х. Корнилова, Л. П. Алексеева // Проблемы туберкулеза. — 2004. — № 5. — С. 20–27.
3. Задреймалова, Т. А. Течение туберкулеза легких у больных с наркотической зависимостью / Т. А. Задреймалова, К. И. Аксенова // Проблемы туберкулеза. — 2003. — № 9. — С. 31–33.
4. Мошкович, Г. Ф. Эффективность ВААРТ у пациентов с сочетанной патологией (ВИЧ-инфекция и туберкулез) / Г. Ф. Мошкович, С. В. Минаева // Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией: матер. науч.-практ. конф. с междунар. участием. — М., 2007. — С. 61–62.