

Мордык А. В.,

*доктор медицинских наук, заведующий кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Пузырева Л. В.,

*кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Ситникова С. В.,

*аспирант кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
заместитель главного врача по лечебной работе
БУЗОО «КПТД № 4»*

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (обзор литературы)

Аннотация. Распространение ВИЧ-инфекции радикально изменяет эпидемиологию по туберкулезу. Основной проблемой больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, является нетипичное течение туберкулезного процесса на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, неспецифичность клинических симптомов, минимальность рентгенологических проявлений, быстрое прогрессирование туберкулеза. Основной причиной смерти больных ВИЧ-инфекцией явился генерализованный туберкулез (от 34,5% до 65,7%), что свидетельствует о необходимости увеличения коечного фонда противотуберкулезных диспансеров для оказания специализированной помощи данной группе больных.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, заболеваемость, туберкулез.

Постановка проблемы. Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в настоящее время является одной из главных угроз здоровью населения земли и вполне справедливо названо «чумой XX века» [11].

В странах с высокой инфицированностью населения ВИЧ инфекцией более 40% больных туберкулезом оказываются также и ВИЧ-инфицированными [2; 10; 11; 13; 14; 17]. Только за 5 последних лет число больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, выросло более чем в 5 раз [9; 18; 20]. Обострение проблемы характерно не только для России [22; 23; 24], но признано ВОЗ «глобальной угрозой миру», так как в структуре смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний на туберкулез приходится более 80%, а среди больных ВИЧ-инфекцией доля пациентов, умирающих от туберкулеза, составляет в разных регионах мира от 30 до 70%. [3].

По последним материалам Европейского регионального бюро ВОЗ, заболеваемость туберкулезом в сочетании со СПИДом на 20% выше распространена среди наркоманов. Лица, инфицированные одновременно ВИЧ и туберкулезом, подвержены наиболее высокому риску. У них ежегодная вероятность развития туберкулеза состав-

ляет 5-10%, в то время как у остального населения подобная вероятность не превышает 10% на протяжении всей жизни. По прогнозам ВОЗ, заболеваемость туберкулезом может увеличиться в 3 раза, если 10% взрослого населения страны будет инфицировано ВИЧ [11].

Изложение основного материала. Распространение ВИЧ-инфекции внесло радикальные изменения в эпидемиологию туберкулеза. По мнению В.Ю. Мишина и О.П. Фроловой, именно эта инфекция стала одним из факторов нарастания эпидемии туберкулеза в мире [11; 19].

Коллектив ученых (М.Ю. Кожушко и И.В. Евстигнеев из Днепропетровской государственной медицинской академии) предлагают пациентов с сочетанными формами туберкулеза и ВИЧ-инфекции разделить на две группы:

- I группа – туберкулез развивается на поздних стадиях ВИЧ-инфекции как вторичное заболевание. ВИЧ-инфекция у этих больных определена как первичная;

- II группа включает больных, у которых туберкулез является первичным. Они находятся на учете в противотуберкулезных учреждениях и в дальнейшем у них выявляют ВИЧ-инфекцию [8]. Однако профессор В. Ю. Мишин предлагает к данной классификации добавить еще и третью группу – одновременное заражение туберкулезом и ВИЧ-инфекцией [11].

При сопоставлении заболеваемости туберкулезом и ВИЧ оказалось, что у ВИЧ-инфицированных туберкулез развивается чаще, чем у больных туберкулезом ВИЧ-инфицирование [9; 11]. В каждой из этих групп можно выделить определенные особенности клинического течения сочетанной инфекционной патологии [8].

В своих работах О.П. Фролова неоднократно указывает, что основной проблемой больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, является нетипичное течение туберкулезного процесса на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, которое характеризуется неспецифичностью клинических симптомов, минимальными рентгенологическими проявлениями, быстрым прогрессированием туберкулеза [19]. В условиях, когда иммунитет страдает под влия-

нием ВИЧ, микобактерии, не встречая препятствий, начинают активно размножаться в лимфатических узлах с последующим развитием в них продуктивных реакций. Отсюда возникают особенности клинического течения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, характеризующиеся преимущественно лимфогенным и лимфогематогенным распространением микобактерий. Туберкулезная инфекция начинает характеризоваться выраженной лимфотропностью, развитием экссудативных реакций и прогрессирующим течением. Снижение количества Т-хелперов изменяет взаимоотношение в системе клеточного иммунитета, имеющего основное значение при туберкулезе: нарушаются дифференциация макрофагов и формирование специфической грануляционной ткани [1; 4; 6]. Туберкулез, в свою очередь, неблагоприятно влияет на прогрессирование ВИЧ-инфекции. *In vitro* показано увеличение способности ВИЧ к репликации под действием антигенов микобактерий туберкулеза. Таким образом, в зависимости от периодов развития ВИЧ-инфекции и гистопатологических иммунных реакций при сочетанных формах выделяют 3 этапа развития туберкулеза

1. Ранний этап – гранулематозный, характеризуется продуктивным воспалением при относительно интактном клеточном иммунитете. Наиболее частая форма – локальный туберкулез легких.

2. Этап гипореактивности – умеренная иммунная супрессия характеризуется исчезновением гигантских клеток, снижением количества эпителиоидных клеток, Т-хелперов и активных макрофагов. Морфологически – расширение зоны казеозного некроза с увеличением в ней количества микобактерий. Клинически – распространенный туберкулез легких и внелегочные поражения.

3. Этап анергии – отсутствие специфической гранулематозной реакции. Вместо типичного отмечаются колликвационный некроз с небольшим количеством микобактерий. Клинически – милиарный и диссеминированный туберкулез с полиорганными поражениями [5].

Клиническая картина и течение туберкулеза у больных ВИЧ инфекцией зависят от стадии ВИЧ инфекции и определяются глубиной Т клеточного иммунодефицита. На ранних стадиях ВИЧ (стадии 2 А) при отсутствии выраженного иммунодефицита туберкулез протекает без особенностей и эффективность его лечения существенно не отличается от таковой у не инфицированных ВИЧ граждан [20].

В стадии первичных проявлений, протекающей в форме острой инфекции (2Б, 2В), у лиц уже больных туберкулезом, может происходить его обострение, но диагностика и лечение туберкулеза в этот период не вызывают особых сложностей по сравнению с таковым у неинфицированных ВИЧ [20]. В случае выраженного иммунодефицита у лиц, уже больных туберкулезом, может происходить диссеминация процесса, что нередко приводит к генерализации туберкулеза и смертельному исходу [13; 15; 20].

На поздних стадиях ВИЧ инфекции (4Б, 4В, 4Б) в структуре форм туберкулеза преобладали диссеминированные процессы и туберкулез ВГЛУ. У 36% больных имеет место генерализация процесса, при этом чаще поражаются: легкие, селезенка, печень, почки, лимфоузлы, мозговая оболочка и мозговое вещество [13; 15; 20].

По данным А.М. Пантелеева, развитие генерализованного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных проходит несколько этапов: на первом этапе у больных происходит преимущественное поражение туберкулезом органов лимфатической системы: внутригрудных, мезентериальных и периферических лимфатических узлов. И только вторично, на следующем этапе, присоединяется гематогенная генерализация с типичной картиной острого милиарного туберкулеза с доминирующей картиной менингоэнцефалита. У больных же со снижением CD4 ниже 100 кл/мкл наиболее часто острый генерализованный туберкулез развивается первично, минуя лимфогенную стадию, быстро приводя к летальному исходу [15].

Снижение экссудативно-пролиферативных процессов приводит к тому, что полость распада рентгенологически определяется в 25% случаях. Бактериовыделение соответственно в 18-36%. Туберкулиновые пробы положительны только в 6,7% случаев [9, 13, 20].

В клинике преобладают симптомы выраженной интоксикации, мучительный кашель, не приносящий облегчения, скудная вязкая мокрота. У большинства больных в это время имеют место вторичные заболевания: кандидозный стоматит, кандидоз висцеральный, герпес рецидивирующий, манифестная цитомегаловирусная инфекция, саркома Калоши, токсоплазмоз, что так же затрудняет своевременную диагностику туберкулеза [20].

По результатам диссертационного исследования А.А. Поповой, у больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом до начала терапии отмечается снижение относительных и абсолютных показателей CD4-лимфоцитов в сравнении со значениями здоровых лиц и группой больных туберкулезом, однако при применении эффективной комплексной антиретровирусной и противотуберкулезной терапии отмечается увеличение уровня относительных и абсолютных значений CD4-лимфоцитов. Наиболее информативными показателями эффективности проводимой анти ретро вирусной терапии и противотуберкулезной терапии у больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом является увеличение доли CD8-лимфоцитов, несущих маркер CD57 и CD28 и снижение экспрессии CD38 CD8-лимфоцитами [16].

Группа ученых из 19 коллективов в США и Европе провели когортное исследование причин смерти у ВИЧ-инфицированных больных, принимающих антиретровирусную терапию, по результатам которых выявлено, что у 49,6% причиной смерти был признан СПИД [25]. Туберкулез был выявлен только у 8,2%. В Республике Башкортостане от туберкулеза умерло в 2012 г. 7,6% больных ВИЧ-инфекцией [7].

По данным профессора О.П. Фроловой, в Российской Федерации среди причин летальных исходов у ВИЧ-инфицированных туберкулез занимает первое место (34,5%) уже с 2006 г. [19]. Ученые из Санкт-Петербурга выявили, что основной причиной смерти у ВИЧ-инфицированных, не получающих антиретровирусную терапию, был генерализованный туберкулез у 65,7% [1]. Другими, более редкими заболеваниями были пневмоцистная пневмония, криптококкоз, токсоплазмоз головного мозга, генерализованный микоз, лимфома головного мозга, цитомегаловирусная инфекция. Наиболее частыми причинами смерти в группе больных, у которых ВИЧ-инфекция фигурировала в

качестве сопутствующего заболевания, были хронический вирусный гепатит в цирротической стадии (42,9%) и септический тромбоэндокардит, которые диагностировали преимущественно у социально дезадаптированных пациентов: больных алкоголизмом или потребителей наркотиков, вводимых внутривенно. При оценке краткосрочной летальности выяснилось, что от 21 до 29% больных в разные годы умерли на 1-3-и сутки с момента поступления, что было связано с крайне тяжёлым состоянием больных [1].

Лечение генерализованного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных является тяжело решаемой проблемой. Показатели летальности ВИЧ-инфицированных с внелегочным и генерализованным туберкулезом существенно превышают таковые у ВИЧ-инфицированных больных с легочной локализацией туберкулезного процесса. Применение до 5-6 противотуберкулезных препаратов в максимально переносимых дозах не дает положительного эффекта, приводя к летальному исходу за короткий промежуток времени. Средний срок пребывания таких больных от выявления генерализованного туберкулеза до развития летального исхода составляет 21 день. Однако присоединение к противотуберкулезной антиретровирусной терапии внушает определенные надежды на повышение эффективности лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных с генерализованными формами туберкулеза [15].

При организации раннего выявления туберкулеза у больных ВИЧ инфекцией нельзя ограничиваться только традиционным обследованием на туберкулез, так как на поздних стадиях ВИЧ-инфекции изменяется иммунопатогенез туберкулеза, в связи с чем верификация диагноза вызывает затруднение [10]. Со слов Ю.А. Никифоровой метод иммуноферментного анализа для определения противотуберкулезных антител не может быть рекомендован в качестве скрининга на туберкулез больных ВИЧ-инфекцией из-за повышенного антителообразования у больных ВИЧ-инфекцией [14].

Разрастание эпидемии ВИЧ-инфекции отражается и на ситуации с лекарственно-устойчивым туберкулезом, что также связано с нарушениями противотуберкулезного иммунитета. Высокая частота множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (устойчивость к самым эффективным противотуберкулезным препаратам изониазиду и рифампицину) четко и прямо коррелирует с распространенностью ВИЧ-инфекции. В настоящее время обе эти инфекции – туберкулез и ВИЧ – рассматриваются как спутники. Закономерность подобного сочетания объясняется прежде всего преимущественным распространением этих заболеваний среди одних и тех же контингентов: заключенных, наркоманов и асоциальных групп населения. Повышенной опасности подвержены также работники медицинских учреждений и обитатели приютов [11].

Болезнь, которую в 80-е годы прошлого столетия нарекли чумой XX века, именно сегодня приобретает масштабы реальной эпидемии. В стране в 2011-2012 гг. наиболее негативное влияние на динамику развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции оказывали регионы Приволжского, Уральского и Сибирского федеральных округов. Так, в Сибирском федеральном округе в 2010 г. показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 1,9 раз выше общерос-

сийской (78,1 на 100 тыс. населения). Одновременно с этим наблюдается рост первичной заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией детей от 0 до 14 лет, среди которых преобладают дети с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции (77%). Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией детей от 0 до 14 лет в 2010 г. составил 6,1 на 100 тыс., пораженность ВИЧ-инфекцией – 39,2 на 100 тыс. Каждый второй ребенок с ВИЧ-инфекцией в округе имеет ВИЧ-ассоциированные заболевания, среди которых туберкулез занимает четвертое место после бактериальных, вирусных инфекций и грибковых заболеваний. С 2009 г. среди причин смерти у детей с ВИЧ-инфекцией в СФО регистрировались цитомегаловирусная инфекция, пневмоцистная пневмония, грибковые заболевания и туберкулез [10; 21].

В своих работах О.П. Фролова указывает, что в складывающейся эпидемиологической ситуации врач фтизиатр всё чаще оказывает помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией, но работа с данным контингентом больных осложняется из-за непонимания терминов, используемых в документах по вопросам ВИЧ-инфекции, так как они не всегда соответствуют базисным понятиям курса патологической физиологии, пропедевтики внутренних болезней [19].

Профессор О.Б. Нечаева считает, что одновременно с положительной динамикой основных эпидемиологических показателей по туберкулезу, отмечается рост влияния ВИЧ-инфекции на заболеваемость и распространенность туберкулеза. ВИЧ-инфекция не позволит в перспективе снизить показатель заболеваемости туберкулезом до контрольных цифр (35 на 100 000 населения). К 2020 году в структуре впервые заболевших больных среди постоянного населения ВИЧ-инфекцию будут иметь в среднем по России до 30% больных туберкулезом. Показатель общей заболеваемости туберкулезом будет не менее 50 на 100 тыс. населения [12]. К 2020 году больных бактериовыделителей штаммов множественной лекарственной устойчивости достигнет 80%, что не позволит достичь показателя абацеллирования контингентов до контрольных цифр (75%). Показатель абацеллирования контингентов не сможет превысить 50% [12].

Выводы. Таким образом: в России, в том числе в Сибирском федеральном округе, регистрируют ежегодный прирост количества новых случаев ВИЧ-инфекции и туберкулеза и увеличение смертности, что свидетельствует о тяжести эпидемии и позволяет прогнозировать рост числа больных данной категории.

Основными причинами смерти ВИЧ-инфицированных в последнее время является генерализованный туберкулез. Отмечается высокий показатель краткосрочной летальности среди больных сочетанными формами, что свидетельствует о необходимости обеспечения мер по раннему выявлению ВИЧ-позитивных лиц и их диспансеризации. Необходимо увеличение коечного фонда для оказания специализированной противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным больным, нуждающимся в стационарном лечении.

Учитывая, что больной ВИЧ-инфекцией часто становится пациентом врача-фтизиатра, необходимо проведение обучающих семинаров специалистами СПИД-центра для повышения уровня квалификации.

Создавшаяся ситуация требует переосмысления стратегии борьбы с туберкулезом, включая его профилактику и необходимость вакцинации, а также соотношения между первичным заражением и реактивацией приобретенной ранее инфекции.

Литература:

1. Анализ причин смерти ВИЧ-инфицированных в 2008-2010 гг. по материалам клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина / А.Г. Рахманова, А.А. Яковлев, М.И. Дмитриева и др. // Казанский медицинский журнал, 2012. – Т. 93, № 3. – С. 522-526.
2. Анализ факторов, оказывающих влияние на эффективность лечения у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией / А. В. Мордык, О. Г. Иванова, Т. Л. Батищева и др. // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом : материалы Всероссийской науч.-практ. конф. – СПб., 2011. – С. 409-410.
3. Динамика смертности больных диссеминированным туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, по данным Краснодарского края / И.Ю. Бабаева, Н.Н. Дробот, Н.П. Шевченко и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 4. – С. 43-44.
4. Баласанияц Г.С., Греймер М.С. Особенности возбудителя при остро прогрессирующем туберкулезе легких / Г.С. Баласанияц, М.С. Греймер // Туберкулез и болезни легких. – 2003. – № 9. – С. 29-31.
5. Батыров Ф.А., Климов Г.В., Приказчикова А.В. Патогенез ВИЧ-инфекции и особенности рентгеномиотики туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией / Ф.А. Батыров, Г.В. Климов, А.В. Приказчикова // Сб. науч. трудов к 100-летию туберк. б-цы № 6. – М., 2005. – С. 227-229.
6. Беляков Н.А., Рахманова А.Г. ВИЧ-медицина: руководство для врачей / Н.А. Беляков, А.Г. Рахманова. – СПб. : Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – 749 с.
7. ВИЧ-инфекция в Республике Башкортостан: информационный бюллетень за 2012 г. / Р.Г. Яппаров, С.В. Зайцев, Г.Р. Габитова и др. – Уфа, 2013. – 38 с.
8. Кожушко М.Ю., Евстигнеев И.В. Клинические особенности туберкулеза у ВИЧ-инфицированных / М.Ю. Кожушко, И.В. Евстигнеев // Theoria. – 2010. – № 9 (50). – С. 11-17.
9. Контингент больных ВИЧ-инфекцией в противотуберкулезном стационаре / Ф.А. Батыров, О.П. Фролова, Г.Н. Жукова и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2003. – № 5. – С. 6-8.
10. Краснов В.А., Нарышкина С.Л. Проблема сочетанной инфекции (ВИЧ-инфекция и туберкулез) в Сибирском федеральном округе / В.А. Краснов, С.Л. Нарышкина // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом : материалы Всероссийской науч.-практ. конф. – СПб., 2011. – С. 379-381.
11. Мишин В.Ю. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных / В. Ю. Мишин // Consilium Medicum. – 2008. – Т. 10, № 10. – С. 23-27.
12. Нецаева О.Б. Ситуация по туберкулезу в Российской Федерации (основные показатели с 2007 по 2012 гг.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.mzrd.ru/parom/fck_user_files/files/2012_tub_rg.pdf (дата обращения 28.12.2013 г.)
13. Никифорова Ю.А. Клинико-эпидемиологические проявления туберкулеза органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией в условиях двух сочетанных эпидемий : автореф. дис. ... на соискание степени канд. мед. наук : спец. 14.02.02 – «Эпидемиология» / Юлия Александровна Никифорова; ГБОУ «Иркутская государственная медицинская академия постдипломного образования». – Иркутск. – 2013 г. – 22 с.
14. Пантелеева Л.Г. Туберкулез органов дыхания и ВИЧ-инфекция в Ульяновской области / Л.Г. Пантелеева, Б.М. Асанов, А.Н. Молофеев // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 5. – С. 98-99.
15. Пантелеев А.М. Комплексное лечение туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных с применением регионарной лимфотропной терапии : автореф. дис. ... на соискание степени канд. мед. наук : спец. 14.00.10 – «Инфекционные болезни», 14.00.26 – «Фтизиатрия» / Александр Михайлович Пантелеев; ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова». – СПб., 2005. – 24 с.
16. Попова А.А. Клинико-патогенетическое значение динамики иммунологических показателей у больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом : автореф. дис. ... на соискание степени канд. мед. наук : спец. 14.01.09 – «Инфекционные болезни» / Анна

Анатольевна Попова ; ГОУ «Российский Университет Дружбы Народов». – М. – 2010. – 22 с.

17. Туберкулез и ВИЧ-инфекция – социально значимые и взаимозависимые инфекции / Л.А. Шовкун, Н.Э. Романцева, Е.А. Грянова и др. // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом : материалы Всероссийской науч.-практ. конф. – СПб., 2011. – С. 419-420.
18. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией в Уфе / И.Н. Аталипова, М.М. Азаматова, К.И. Гольянова и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 4. – С. 43.
19. Фролова О.П. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией: эпидемиологическая ситуация основные направления противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией / О.П. Фролова. – М. : Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией МЗ СР РФ, 2010. – 20 с.
20. Чернов М.Т. Критерии оценки работы отделения диагностики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией / М.Т. Чернов, С.В. Смердин, О.П. Фролова // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 5. – С. 223-224.
21. Эпидемиология туберкулеза у детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции в Сибирском федеральном округе / Е.С. Довгополок, Г.А. Калачева, А.В. Мордык и др. / Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 6. – С. 47-49.
22. Impact of immigration and HIV infection on tuberculosis incidence in an area of low tuberculosis prevalence / I. Baussano, M. Bugiani, D. Gregori et al. // Epidemiology and Infection. – 2006. – Vol. 134, № 6. – P. 1353-1359.
23. Rekha B., Swaminathan S. Childhood tuberculosis – global epidemiology and the impact of HIV / B. Rekha, S. Swaminathan // Paediatr. Respir. Rev. – 2007. – Vol. 8, № 2. – P. 99-106.
24. Roca B. Presentation and outcome of tuberculous meningitis in adults in the province of Castellon, Spain: a retrospective study / B. Roca, N. Tornador, E. Tornador // Epidemiology and Infection. – 2008. – Vol. 136, № 11. – P. 1455-1462.
25. The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Causes of death in HIV-1-infected patients treated with antiretroviral therapy, 1996-2006: collaborative analysis of 13 HIV cohort studies. [Электронный ресурс] Clin Infect Dis 50: 1387-96, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20380565> (дата обращения 12.12.2013 г.).

Мордык А. В., Пузырева Л. В., Ситникова С. В. Сучасні проблеми туберкульозу у ВІЛ-інфікованих хворих в Російській Федерації (огляд літератури)

Анотація. Поширення ВІЛ-інфекції радикально змінило епідеміологію по туберкульозу. Основною проблемою хворих туберкульозом, поєднаним з ВІЛ-інфекцією, є нетипова течія туберкульозного процесу на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції, неспецифічність клінічних симптомів, мінімальність рентгенологічних проявів, швидкий прогрес туберкульозу. Головною причиною смерті хворих ВІЛ-інфекцією явився генералізований туберкульоз (від 34,5 до 65,7%), що свідчить про необхідність збільшення ліжкового фонду протитуберкульозних диспансерів для надання спеціалізованої допомоги цій групі хворих.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, захворюваність, туберкульоз.

Mordyk A., Puzyreva L., Sitnikov S. Modern problems of tuberculosis at the HIV-infected patients in the Russian Federation (the literature review)

Summary. HIV infection distribution considerably changes epidemiology on tuberculosis. The main problem of patients with tuberculosis, combined with HIV infection, is the atypical course of tubercular process at late stages of HIV infection, not specificity of clinical symptoms, a minimality of radiological manifestations, fast progressing of tuberculosis. The main reason for death at patients with HIV infection, was generalized tuberculosis (from 34,5% to 65,7%) that testifies to need of increase in beds of antitubercular clinics for rendering the specialized help to this group of patients.

Key words: HIV-an infection, incidence, tuberculosis.