

Таблица 5

Достижение целевых уровней липидов через 6 месяцев у больных ИБС с разными типами дислипидемий при лечении медостатином в суточной дозе 20 мг

Показатель, ммоль/л	Изолированная ГХС, n = 25		Комбинированная ГЛД, n = 25	
	Абс.	%	Абс.	%
ОХ	14	56%	13	52%
ЛПНП	15	60%	14	56%
ЛПОНП	14	56%	15	60%
ЛПВП	16	64%	15	60%
ТГ	13	52%	12	48%
ИА	15	60%	14	56%

Препарат одинаково хорошо переносился в обеих группах больных. Не было отмечено никаких тяжелых побочных эффектов, а возникшие нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта (подташнивание, незначительная болезненность в эпигастрии) не требовали отмены препарата и прекращения лечения. Отсутствие серьезных побочных действий, возможно, связано с применением небольшой суточной дозы медостатина — 20 мг. Тем не менее, полученные результаты дают основание считать, что доза медостатина в 20 мг в сутки обладает высокой эффективностью для коррекции атерогенных дислипидемий у больных ИБС.

Выходы

1. Медостатин в суточной дозе 20 мг у больных ИБС как с изолированной ГХС, так и комбинированной ГЛП при приеме в течение 6 месяцев показал выраженную гиполипидемическую активность.

2. Медостатин можно назначать больным ИБС для коррекции как изолированной ГХС, так и комбинированной ГЛД.

3. Вне зависимости от типа атерогенной дислипидемии препарат хорошо переносится и не вызывает серьезных побочных эффектов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Перова, Н. В. Нарушения липидного обмена, их динамика и коррекция: в кн. Кардиология. Руководство для врачей под рук. Р. Г. Оганова и И. Г. Фоминой. — М.:Медицина, 2004. — С. 54–101.

2. Bradford, R. H. Expanded Clinical Evaluation of Lovastatin [Exel] Study : design and patient characteristics of a double-blind placebo-controlled study on patients with moderate hypercholesterolemia / R. H. Bradford [et al.] // AM J Cardiol. — 1990. — Vol. 66. — P. 44–55.

3. Friedwald, W. Estimation of the LDL cholesterol in plasma without use of the preoperative ultracentrifuge / W. Friedwald, R. Levy, D. Fredricson // Clin Chem. —1972. — Vol. 18. — P. 49–502.

4. Климов, А.М. Оценка липидных показателей и индексов при ишемической болезни сердца / А. М. Климов, А. Д. Деев, Д. В. Шестов // Кардиология. — 1983. — № 10. — С. 82–83.

Поступила 30.11.2006

УДК 616–002.5–097

**ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ
С ВИЧ-АССОЦИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

И. В. Карницкая, В. Н. Бондаренко, Е. В. Демидова

**Гомельский государственный медицинский университет
Гомельская областная туберкулезная клиническая больница**

Туберкулез является самой серьезной инфекцией у ВИЧ-инфицированных и частой причиной их смерти. Подавляющее число больных с сочетанной патологией (ВИЧ-инфекция и туберкулез) проживает на территории Гомельской области. Среди ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом очень велико количество осужденных, наркоманов, безработных. Выявление туберкулеза у ВИЧ-инфицированных чаще происходит при

обращении в лечебные учреждения с жалобами. Сочетание ВИЧ и туберкулеза характеризуется своеобразным течением заболевания с наличием как легочных, так и внелегочных поражений и тенденции к генерализации процесса.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, социальный статус, особенности клиники, методы выявления.

THE CHARACTERISTIC OF THE PATIENTS WITH THE HIV-ASSOCIATED TUBERCULOSIS

I. V. Karnitskaya, V. N. Bondarenko, E. V. Demidova

Gomel State Medical University
Gomel Regional Tubercular Clinical Hospital

The tuberculosis is the most serious infection at HIV-infection and often reason of their death. The overwhelming number of the patients with tuberculosis and HIV-infection lives in territory of the Gomel area. Among HIV-infection of the patients by a tuberculosis the quantity condemned, narcomaniacs, unemployeds very greater. The revealing of a tuberculosis at HIV-infection more often occurs at the manipulation in medical establishments to the complaints. The combination HIV-infection and tuberculosis is characterized by original current of disease with presence both pulmonary and внелегочных of defeats and tendency to generalization of process.

Key words: tuberculosis, HIV-infection, social status, features of clinic, methods of revealing.

Туберкулез у лиц, инфицированных ВИЧ, представляет собой эпидемию в эпидемии [2]. ВИЧ-инфекция относится к наиболее важным из факторов риска развития туберкулеза. Если опасность заболевания туберкулезом на протяжении всей жизни ВИЧ-отрицательных лиц колеблется от 5 до 10%, то у ВИЧ-положительных пациентов ежегодный риск развития выраженных форм составляет 8% [4]. Туберкулез является самой серьезной инфекцией у ВИЧ-инфицированных и частой причиной их смерти [3, 4, 6]. Современная неблагополучная ситуация по ВИЧ-инфицированию способствует распространению туберкулеза и увеличивает риск заболевания туберкулезом для всего населения. Сочетание ВИЧ и туберкулеза характеризуется своеобразным течением заболевания с наличием как легочных, так и внелегочных поражений и тенденции к генерализации процесса [3, 4, 5]. Не только ВИЧ оказывает неблагоприятное влияние на течение туберкулеза, но и сам туберкулез способствует прогрессированию латентной ВИЧ-инфекции и развитию СПИДа [3, 4, 5].

Быстрое распространение ВИЧ-инфекции среди больных наркоманией в Республике Беларусь, начиная с 1996 года, привело к увеличению случаев туберкулеза среди

данного контингента больных [1]. По официальным данным, подавляющее число больных с сочетанной патологией (ВИЧ-инфицирование и туберкулез) проживает на территории Гомельской области. Важность этой проблемы возросла за последние годы, что связано как с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом в нашем регионе, так и со стремительным нарастанием масштабов ВИЧ-инфицирования. Так, на начало 2006 г. на учете с активным туберкулезом состояло 111 ВИЧ-инфицированных больных. А за 9 месяцев 2006 г. таких случаев зарегистрировано уже 124.

Целью настоящего исследования стало изучение контингента ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом и особенностей течения у них туберкулеза.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явились 193 ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом, получавших лечебно-диагностическую помощь в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице в период 2004–2006 гг. Для сравнения взята группа ВИЧ-отрицательных больных туберкулезом (142 человека).

Туберкулез диагностировали по клинико-рентгенологическим и микробиологическим данным. Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливали

вали на основании эпидемиологических и клинических данных, подтверждали обнаружением антител к ВИЧ методами иммуноферментного анализа и иммунного блотинга.

Были проанализированы социальные и эпидемиологические показатели (образование, трудовая деятельность, наличие семьи, пребывание в исправительно-трудовых учреждениях, вредные привычки, контакт с больными активным туберкулезом, путь инфицирования ВИЧ).

Статистический анализ проводили с помощью пакета статистических программ «STATISTICA 6.0».

Результаты и обсуждение

Среди больных обеих групп преобладали мужчины ($78,7 \pm 2,9\%$ — в 1 группе и $71,4 \pm 3,8\%$ — во 2 группе). Различия между сопоставляемыми группами недостоверны.

По возрасту больные распределились следующим образом: до 20 лет в 1 группе было всего $0,5 \pm 0,5\%$, во 2 группе — $2,3 \pm 1,3\%$ ($p < 0,05$); 21–30 лет — $26,9 \pm 3,2\%$ и $16,7 \pm 3,1\%$ соответственно; в 1 группе преобладали пациенты в возрасте 31–40 лет ($60,1 \pm 3,5\%$), во 2 — этот показатель составил $26,3 \pm 3,7\%$ ($p < 0,001$); 41–50 лет — $12,5 \pm 2,4\%$ и $21,4 \pm 3,4\%$ соответственно ($p < 0,05$); старше 51 года пациентов в 1 группе не было, во 2 группе — $33,4 \pm 4,0\%$. Таким образом, среди больных с сочетанной патологией преобладали пациенты в возрасте 31–40 лет, а среди ВИЧ-отрицательных — старше 51 года.

Анализ социального статуса показал, что среди больных с сочетанной патологией преобладают городские жители ($74,6 \pm 3,1\%$). Во 2 группе этот показатель составил $40,5 \pm 4,1\%$ ($p < 0,001$). В 1 группе безработными были $71,0 \pm 3,3\%$ больных, во 2 группе — $47,6 \pm 4,2\%$ ($p < 0,001$). Не имели семьи $77,7 \pm 3,0\%$ больных 1 группы и $57,1 \pm 4,2\%$ больных 2 группы ($p < 0,05$). Страдали наркозависимостью $80,3 \pm 2,9\%$ ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом, во 2 группе больных с этой проблемой не выявлено. Злоупотребление алкоголем отмечено у $78,2 \pm 3,0\%$ больных 1 группы и у $61,9 \pm 4,1\%$ больных 2 группы (различия недостоверны). Подавляющее число больных в обеих группах составили лица со средним и средне-специальным образованием — $95,8 \pm 2,1\%$ и $92,8 \pm 2,3\%$ соответственно; высшее образование всего у $2,7 \pm 1,2\%$ и $4,8 \pm 1,8\%$; у остальных ($1,5 \pm 0,9\%$ и $2,4 \pm 1,3\%$) — начальная школа. В местах лишения свободы ранее

находились $48,7 \pm 3,6\%$ больных 1 группы и $19,0 \pm 3,3\%$ больных 2 группы ($p < 0,05$). Таким образом, установлено, что социальный статус больных с сочетанием ВИЧ-инфицирования и туберкулеза значительно ниже, чем больных туберкулезом ВИЧ-отрицательных.

Контакт с больными в семье отмечали $7,8 \pm 1,9\%$ больных 1 группы и $21,4 \pm 3,4\%$ больных 2 группы.

Как показал анализ путей передачи ВИЧ-инфекции у больных с сочетанной патологией, в $79,3 \pm 2,9\%$ случаях заражение ВИЧ наступило парентеральным путем при введении наркотиков, в $10,4 \pm 2,2\%$ — половым путем и у остальных — $10,4 \pm 2,2\%$ путь заражения установить не удалось.

У $17,1 \pm 2,7\%$ больных ВИЧ-инфекция впервые была выявлена в противотуберкулезном учреждении одновременно с туберкулезом. Проявлением развернутой клиники СПИДа туберкулез выступил у $11,9 \pm 2,3\%$ больных.

Основной сопутствующей патологией у больных 1 группы были гепатиты В и С — они отмечались у $47,6 \pm 3,4\%$ больных, из них у $42,5 \pm 3,6\%$ зарегистрирован гепатит С. В $7,8 \pm 1,9\%$ случаев отмечено сочетание гепатита В и С, т. е. инфекции, заражение которыми происходит так же, как и ВИЧ-инфекцией — при внутривенном введении наркотиков или половым путем. Среди других заболеваний у пациентов 1 группы преобладали хронические заболевания ЖКТ и ЛОР-органов ($46,1 \pm 3,6\%$ и $29, \pm 3,3\%$), ХНЗЛ — $12,5 \pm 2,4\%$, сахарный диабет — $1,5 \pm 0,9\%$.

Во второй группе больных вирусные гепатиты диагностированы не были. Другая сопутствующая патология встречается значительно реже, чем в 1 группе (заболевания ЖКТ — $16,7 \pm 3,1\%$, ЛОР-органов — $23,8 \pm 3,6\%$, ХНЗЛ — $16,7 \pm 3,1\%$, сахарный диабет — $4,8 \pm 1,8\%$, принимали глюкокортикоиды — $7,1 \pm 2,6\%$).

Из проявлений ВИЧ-инфекции регистрировали, главным образом, персистирующую генерализованную лимфоаденопатию (72,5%), из вторичных заболеваний: кандидоз — 64,6%, ониходерматомикоз — 21,0%, простой герпес — 7,8%. Вторичные заболевания в СПИД-индикаторной форме у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (саркома Капоши, цитомегаловирусная инфекция, пневмоцистная пневмония) констатированы в единичных случаях.

При анализе методов выявления туберкулеза установлено, что $87,9 \pm 2,3\%$ больных 1 группы выявлены при обращении в лечебные учреждения с различными жалобами и всего $12,1 \pm 2,3\%$ больных — флюорографическим методом. Во второй группе при обращении выявлено $23,8 \pm 3,6\%$ пациентов ($p < 0,001$).

Установлено, что у $33,8 \pm 4,1\%$ больных 1 группы от момента появления жа-

лоб до обращения в лечебные учреждения за медицинской помощью прошло более 1 месяца. Во 2 группе этот показатель составил $7,1 \pm 2,2\%$. В нетуберкулезных стационарах более 2 недель лечились $27,1 \pm 3,9\%$ больных 1 группы и $15,4 \pm 3,0\%$ больных 2 группы.

Распределение больных по клиническим формам представлено в таблице 1.

Таблица 1
Клиническая структура туберкулеза

Форма туберкулеза	1 группа, n = 193, %	2 группа, n = 142, %
Очаговый туберкулез легких	$12,1 \pm 2,8$	$11,9 \pm 2,7$
Инфильтративный туберкулез легких	$33,6 \pm 4,0$	$50,0 \pm 4,2$
Диссеминированный туберкулез легких	$13,6 \pm 3,0$	$21,4 \pm 3,4$
Милиарный туберкулез	$12,1 \pm 2,8$	—
Туберкулема	$2,1 \pm 1,2$	$2,4 \pm 1,3$
Фиброзно-кавернозный туберкулез	$7,1 \pm 2,4$	$11,9 \pm 2,7$
Туберкулезный плеврит	$7,9 \pm 2,3$	—
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	$2,1 \pm 1,2$	—
Казеозная пневмония	$3,7 \pm 1,6$	$2,4 \pm 1,3$
Другие формы	$5,7 \pm 2,0$	—

Преобладающими формами туберкулеза в обеих группах являются инфильтративный туберкулез легких ($33,0 \pm 4,0\%$ и $50,0 \pm 4,2\%$), диссеминированный туберкулез ($13,6 \pm 3,0\%$ и $21,4 \pm 3,4\%$) и очаговый туберкулез ($12,1 \pm 2,8\%$ и $11,9 \pm 2,7\%$). Однаково часто в исследуемых группах встречаются туберкулемы ($2,1 \pm 1,2\%$ и $2,4 \pm 1,3\%$) и казеозная пневмония ($3,7 \pm 1,6\%$ и $2,4 \pm 1,3\%$). Фиброзно-кавернозный туберкулез сформировался у $7,1 \pm 2,4\%$ больных 1 группы и у $11,9 \pm 2,7\%$ больных 2 группы. В 1 группе у $12,1 \pm 2,8\%$ больных диагностирован милиарный туберкулез, у $7,9 \pm 2,3\%$ — туберкулезный плеврит, у $2,1 \pm 1,2\%$ — туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. У больных 2 группы эти формы не встречались.

Сочетание клинических форм туберкулеза с поражением внутригрудных лимфатических узлов отмечено у $15,0 \pm 3,0\%$ больных 1 группы и не встречается во 2 группе. Наличие фазы распада зарегистрировано у $40,0 \pm 4,1\%$ больных 1 группы и $64,3 \pm 4,0\%$ 2 группы. Бактериовыделение обнаружено у $61,3 \pm 4,1\%$ и $57,1 \pm 4,2\%$ пациентов соответственно. Однаково часто в исследуемых группах встречается лекарственная устойчи-

вость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам ($29,3 \pm 3,8\%$ и $28,9 \pm 3,8\%$). При этом первичная лекарственная устойчивость чаще обнаруживается у пациентов 1 группы ($9,3 \pm 2,5\%$ и $2,4 \pm 1,3\%$).

Осложнения туберкулезного процесса достоверно чаще возникают у больных 1 группы (плеврит — $20,7 \pm 3,4\%$, менингит — $9,3 \pm 2,5\%$, поражение мезентериальных лимфатических узлов — $11,4 \pm 2,7\%$). У больных 2 группы в $2,4 \pm 1,3\%$ случаев развился менингит, в $2,4 \pm 1,3\%$ — казеозная пневмония.

Таким образом, в связи с выраженным иммунодефицитом Т-клеточного звена туберкулез у ВИЧ-инфицированных приобретает черты первичных форм с поражением лимфатической системы, серозных оболочек, гематогенной диссеминацией процесса.

Положительный эффект на фоне противотуберкулезного лечения достигнут у $32,2 \pm 4,1\%$ пациентов 1 группы и у $38,0 \pm 4,1\%$ 2 группы. Выписаны за нарушение лечебного режима $35,3 \pm 4,1\%$ и $28,6\%$ пациентов соответственно. Отказались от лечения $4,8 \pm 1,8\%$ больных 2–1 группы.

Заключение

1. Социальный статус больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза значительно ниже, чем больных туберкулезом ВИЧ-отрицательных.

2. Основной сопутствующей патологией у пациентов ВИЧ-инфицированных являются гепатиты В и С, хронические заболевания ЖКТ и ЛОР-органов.

3. Выявление туберкулеза у ВИЧ-инфицированных чаще происходит при обращении в лечебные учреждения с жалобами.

4. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных протекает тяжелее, чем у ВИЧ-отрицательных: часто поражение лимфатической системы, осложнения, гематогенная диссеминация, смертельный исход.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. ВИЧ-ассоциированный туберкулез в пенитенциарных учреждениях республики / П. С. Кри-

вонос [и др.] // Вестник пенитенциарной медицины. — 2002. — № 1(3). — С. 24–33.

2. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. / В.В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2003. — 488 с.

3. Каракунский, М. А. Туберкулез при ВИЧ-инфекции / М. А. Каракунский // Пробл. туб. — 2000. — № 1. — С. 47–51.

4. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Каракунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.

5. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом / А.Г. Рахманова [и др.] // Клиническая медицина. — 2003. — № 12. — С. 71–73.

6. Фролова, О. П. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией: клинико-морфологические и эпидемиологические аспекты / О. П. Фролова // Пробл. туб. — 2002. — № 4. — С. 30–33.

Поступила 20.11.2006

УДК 615.281.8:616.9

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СХЕМЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ
«ТИМАЗИД + ХИВИД + ВИРАСЕПТ» У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ**

Е. И. Козорез, С. В. Жаворонок, М. Э. Терешкова, Е. П. Казначеева

Гомельский государственный медицинский университет

В работе представлены результаты применения взрослыми и детьми первичной схемы антиретровирусной терапии «тимазид + хивид + виракепт». Также показано неудобство приема схемы, ее минимальная токсичность, вирусологическая и иммунологическая неэффективность через 12 месяцев у большинства пациентов.

Ключевые слова: высокоактивная антиретровирусная терапия, ВИЧ-инфекция, вирусологическая эффективность, иммунологическая эффективность.

**THE RESULTS OF THE FIRST SCHEME OF ANTIRETROVIRAL THERAPY
«TIMAZID+ HIVID + VIRACEPT» IMPLEMENTATION BY ADULTS AND CHILDREN**

E. I. Kozorez, S. V. Zhavoronok, M. E. Tereshkova, E. P. Kaznacheeva

Gomel State Medical University

In the task are introduced the results of the first scheme of antiretroviral therapy «Timazid+ Hivid + Viracept» implementation by adults and children. Also is showed the inconvenience of the scheme using by bigger quantity of patients, its minimum toxicity, virological and immunological efficiency after 12 months.

Key words: highly active antiretroviral therapy, HIV-infection, immunological efficiency, virological efficiency.

Введение

После 1983 г., когда был открыт возбудитель ВИЧ-инфекции, начались поиски препаратов, способных подавлять репли-

кацию вируса иммунодефицита человека. Начиная с 1987 г. и в течение нескольких последующих лет единственным препаратом для лечения больных был азидотими-