

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ



м. Харків - 2016

Досвід застосування АТР в різних країнах свідчить про доцільність широкого впровадження даного метода у практику охорони здоров'я для діагностики та подальшого вивчення особливостей патогенезу туберкульозної інфекції. Дослідження в Україні проводились в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», на кафедрі дитячої фтизіатрії і пульмонології Харківської медичної академії післядипломної освіти, в Київській міській дитячій клінічній туберкульозній лікарні, в Херсонському обласному туберкульозному диспансері та обласній дитячій туберкульозній лікарні.

АТР –це медичний імунобіологічний препарат, до складу якого входять антигени МБТ, які активно розмножуються. АТР у стандартному розведенні використовується для проведення внутрішньошкірного тесту для діагностики туберкульозної інфекції. АТР у стандартному розведенні являє собою рекомбінантний білок, що продукується генетично модифікованою культурою *Escherichia coli* BL.21 (DE3)/pCFP-ESAT, розведений у стерильному ізотонічному фосфатному буферному розчині, з консервантом (фенол). Містить два антигени CFP 10 і ESAT 6, які присутні у вірулентних штаммах МБТ та відсутні у вакцинному штамі (БЦЖ) та більшості не туберкульозних мікобактерій. Тест із препаратом АТР є більш чутливим та специфічним, ніж проба Манту.

Доведена доцільність застосування тесту у дітей з різними проявами туберкульозної інфекції з метою диференційної діагностики інфекційної, поствакцинальної алергії та диференційної діагностики туберкульозу від неспецифічних захворювань органів дихання у дітей. Застосування тесту з АТР передбачено Уніфікованим клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим на туберкульоз.

Некрасова Ю.В.

РЕЖИМЫ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

кафедра фтизиатрии и пульмонологии

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,
Украина**

Научный руководитель: к.м.н. Шуть Л.А.

Актуальность: Больные туберкулезом (ТБ), относятся к группе высокого риска заболевания ВИЧ-инфекцией (по данным Всемирной организации здравоохранения треть живущих с ВИЧ также инфицирована и ТБ). Клинические проявления туберкулеза в начальной стадии ВИЧ-инфекции не отличаются от таковых у пациентов без ВИЧ-инфекции. В условиях постоянной репликации вируса в организме, зараженного ВИЧ, компенсаторные возможности иммунной системы в конце субклинической стадии ослабевают, и начинает развиваться иммунодефицит. Значит, повышается возможность развития туберкулеза. При этом, чем более выраженным становится иммунодефицит, тем более существенными становятся изменения тканевых реакций на возбудителей туберкулеза. Поэтому актуальным становится своевременное выявление данной сочетанной патологии и правильное лечение соответствующих пациентов.

Цель: Исследовать и проанализировать режимы и принципы лечения ТБ в случае сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ.

Материалы и методы: 48 историй болезни больных г. Харькова и Харьковской области (из них 37 мужчин и 11 женщин, средний возраст больных составил

29±2года) с сочетанной патологией ВИЧ/ТБ за период 2014 г. Лечение сочетанной инфекции туберкулеза и СПИДа проводилось согласно: «Унифицированному клиническому протоколу первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи. Ко-инфекция (Туберкулез/ВИЧ-инфекция/СПИД)»

Использовались статистические методы, и проводился анализ исследуемых данных.

Результаты исследования: Все исследуемые больные были разделены на 3 группы в зависимости от уровня CD4 клеток. К первой группе относились пациенты с CD4 < 100 мкл-1 – 55%, ко второй с CD4 100-200 мкл-1 – 35%, и к третьей соответственно с уровнем CD4 > 200 мкл-1 – 10%. Особенности течения СПИДа у больных туберкулезом легких заключались в особо злокачественном, клинически тяжелом течении болезни, с быстрым прогрессированием процесса. При этом противотуберкулезное лечение, было малоэффективно. Антиретровирусная терапия (АРТ) включалась в комплекс лечения в интенсивную фазу у 90% пациентов в первой исследуемой группе, у 50% пациентов второй группы и 35% третьей группы с третьей недели лечения туберкулеза. Остальным больным АРТ была включена в лечение с 4 по 8 неделю. Несмотря на частое возникновение синдрома восстановления иммунитета у больных в первой группе, раннее назначение АРТ приводило к лучшему прогнозу для больных в плане эффективности лечения и выживания.

Выводы: выявлено, что в зависимости от уровня CD4 клеток, реактивности организма антиретровирусную терапию целесообразно назначать в различные сроки от начала лечения.