



цесса в гепатобилиарной системе) на частоту и структуру психических расстройств у HIV/HCV-коинфицированных пациентов.

Психопатологические синдромы у наблюдаемых нами HIV/HCV-коинфицированных пациентов ($n=37$) в зависимости от вирусной нагрузки (RNA HCV) при обследовании распределились следующим образом: среди пациентов с низкой вирусной нагрузкой (RNA HCV менее 1×10^3 копий/мл) ($n=7$) преобладали лица с депрессивно-фобическим (42,8%) синдромом и с полиморфной симптоматикой (28,6%); при средней вирусной нагрузке (RNA HCV 1×10^3 - 1×10^6 копий/мл) ($n=13$) — с полиморфной симптоматикой (30,7%), депрессивно-фобическим (23,1%) и тревожно-фобическим (23,1%) синдромами; при высокой вирусной нагрузке (RNA HCV более 1×10^6 копий/мл) ($n=17$) — с полиморфной симптоматикой (35,3%), депрессивно-фобическим (23,5%) и депрессивным (17,6%) синдромами.

Вирусная нагрузка у наблюдаемых нами HIV/HCV-коинфицированных пациентов ($n=73$) имела определенные корреляционные связи с активностью печеночного фермента аланинаминотрансферазы (АЛТ): 56,2% — среднюю степень ($r=0,63$; $p<0,05$) положительной коррелятивной связи умеренной и высокой вирусной нагрузки с активностью АЛТ менее 3-х N; 43,8% — высокую степень ($r=0,75$; $p<0,01$) корреляции соответственно с активностью АЛТ от 3-х до 5-и N и выше.

Анализ частоты отдельных психопатологических расстройств в зависимости от уровня АЛТ показал следующие результаты: с увеличением уровня АЛТ отмечалось увеличение частоты депрессивных расстройств с 68,2% до 100,0% ($p<0,05$), снижение — фобических с 54,5% до 33,3% ($p<0,05$); максимальная частота тревожных расстройств приходилась на уровень АЛТ от 2-х до 5-и N (66,7%), а удельный вес астенических расстройств сохранялся примерно на одинаковом уровне вне зависимости от уровня АЛТ (31,8% и 33,3%). Конверсионные и вегетативные расстройства имели схожие тенденции: максимальная их частота регистрировалась у коинфицированных HIV/HCV пациентов при уровне АЛТ от 2-х N и более 5-и N, а минимальная их частота при уровне АЛТ от 2-х до 5-и N.

Анализ частоты и структуры психических расстройств у HIV/HCV-коинфицированных в зависимости от уровня АЛТ показал следующие результаты: при уровне АЛТ до 2-х N высокий удельный вес занимали депрессивные (68,2%), фобические (54,5%) и конверсионные (54,5%) расстройства, с увеличением уровня АЛТ от 2-х до 5-и N — депрессивные (77,8%), тревожные (66,7%) и фобические (44,4%), а при уровне АЛТ более 5-и N — депрессивные (100,0%), конверсионные (66,7%) и вегетативные (66,7%).

Выводы

1. У коинфицированных HIV/HCV пациентов частота и структура психических расстройств определяется активностью не только ВИЧ-инфекции, но и хронической HCV-инфекцией, среди которых достоверно чаще по сравнению с пациентами HIV-моноинфицированными встречались тревожные, депрессивные и вегетативные расстройства. У пациентов HIV-моноинфицированных при сравнительной харак-

теристике с пациентами HIV/HCV-коинфицированными достоверно чаще встречались фобические расстройства.

2. С повышением вирусной нагрузки (RNA HCV) и активности воспалительного процесса при хроническом вирусном гепатите С у коинфицированных HIV/HCV пациентов происходит усложнение и видоизменение структуры психических расстройств ($p<0,05$): при низкой вирусной нагрузке и уровне АЛТ до 2-х N высокий удельный вес занимают депрессивные, фобические и конверсионные; с увеличением уровня АЛТ от 2-х до 5-и N и умеренной вирусной нагрузке — депрессивные, тревожные и фобические; при высокой вирусной нагрузке и уровне АЛТ более 5-и N — депрессивные, конверсионные и вегетативные расстройства.

3. У HIV/HCV-коинфицированных пациентов с уменьшением содержания CD4+ лимфоцитов происходит уменьшение удельного веса психических расстройств с 80,0% до 40,0%; сложная полиморфная симптоматика сменяется на тревожно-депрессивную и фобическую симптоматику.

4. У HIV-моноинфицированных пациентов происходит усложнение психопатологической симптоматики от простой фобической до полиморфизма психических расстройств за счет роста депрессивных, конверсионных и тревожных расстройств с 37,5 до 70,0-100,0% ($p<0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

- Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. / А. Б. Смулевич. — М.: Мед. информ. агентство, 2001. — 256 с.
- Сывороточные вирусные гепатиты В, С, D у ВИЧ-инфицированных. / С. Н. Соринсон, Ю. Е. Жданов, О. В. Корочкина [и др.] // Гепатит В, С, D и G — проблемы изучения, диагностики, лечения и профилактики. — М., 1997. — С. 204.
- Яхин К. К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. / К. К. Яхин, Д. М. Менделевич. — Казань, 1978. — 24 с.
- Association between hepatitis C virus seroreactivity and HIV infection in non-intravenous drug abusing prostitutes. / J. A. Pineda, A. Rivero, C. Rey [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 1995. — Vol. 14. — P. 460.
- Depression, fatigue and functional disability in patients with chronic hepatitis C. / M. M. Dwight, K. V. Kowdley, Y. E. Russo [et al.] // J. Psychosom. Res. — 2000. — Vol. 49. — P. 311-317.
- Dieterich D. T. Hepatitis C virus and human immunodeficiency virus: clinical issues in coinfection. / D. T. Dieterich // Am. J. Med. — 1999. — Vol. 107. — P. 799-849.
- Incidence and determinants of hepatitis C virus infection among individuals at risk of sexually transmitted diseases attending a human immunodeficiency virus type 1 testing program. / M. Giuliani, F. Caprilli, G. Gentili [et al.] // Sex. Transm. Dis. — 1997. — Vol. 24. — P. 533.
- Influence of human immunodeficiency virus type 1 infection on the natural course of chronic parenterally acquired hepatitis C. / A. Sanchez-Quijano, J. Andreu, F. Gavilan [et al.] // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 1995. — Vol. 14. — P. 949.

Клинико-эпидемиологические аспекты микстинфекции ВИЧ/СПИД + туберкулез в Республике Татарстан

И. М. ХАЕРТЫНОВА, Ф. К. СИРАЗИЕВА, РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ

По данным ВОЗ, ВИЧ-инфекция и туберкулез относятся к наиболее опасным инфекционным заболеваниям. Эти две инфекции взаимосвязаны друг с другом. Развитию туберкулеза, являющегося главной причиной смертности человечества в течение тысячелетия, способствует эпидемия ВИЧ-инфекции, и в глобальном масштабе туберкулез — одна из главных причин смертности у ВИЧ-инфицированных лиц и больных ВИЧ/СПИДом (3, 4, 5).

По оценкам ВОЗ, в начале XXI века в мире ежегодно развивается около 9 млн. новых случаев туберкулеза и почти 10% из них являются ВИЧ-положительными. Туберкулез также оказывает влияние на ВИЧ-инфекцию: по оценкам ВОЗ, в мире 13% смертей среди ВИЧ-инфицированных лиц обусловлены туберкулезом (3, 2).

Рост заболеваемости туберкулезом в последние годы наряду со многими причинами тесно связан с такими социально-экономическими факторами, как снижение уровня жизни населения, увеличение числа дезадаптированных лиц, в том числе с вредными и привычными интоксикациями. Указанные факторы определенным образом влияют на иммунитет и адаптационные способности организма (1, 5). В то же время поведенческие особенности этих лиц приводят к уклонению от проведе-

ния профилактических мероприятий, направленных на раннее выявление туберкулеза, и позднему обращению за медицинской помощью при появлении клинических симптомов заболевания. Социально отягощенной группой, наиболее подверженной инфицированию, как туберкулезом, так и ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, являются лица, прибывшие или находящиеся в пенитенциарных учреждениях, потребители наркотических препаратов, безработные, мигранты (4, 5).

Высокая инфицированность населения микобактериями туберкулеза, HCV и быстрое распространение в той же среде вируса иммунодефицита человека делают прогноз этой сочетанной патологии крайне неблагоприятным (5, 6).

На территории Республики Татарстан, начиная с 2001 года отмечается увеличение числа больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом (ВИЧ/СПИД + ТБ). Так, в 2001 году было зарегистрировано 55 человек с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ, в 2002 году — 169; в 2003 г. — 225; в 2004 г. — 305; в 2005 г. — 329; в 2006 г. — 376 больных. Повышенная чувствительность больных ВИЧ-инфекцией к туберкулезу может быть обусловлена прежде всего социальным статусом. Так, 68% больных с сочетанной патологией являются потребителями инъекционных

наркотиков; 46% больных находились в системе УИН; 10% относились к лицам без определенного места жительства; 4,6% — страдают хроническим алкоголизмом; 25% женщин являются секс-работницами. 89,7% больных ВИЧ/ТБ инфицированы НСВ-инфекцией.

Ретроспективный анализ клинико-эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом, в РТ за период с 2000 по 2005 годы показал, что в течении микстинфекции ВИЧ/ТБ можно выделить две эпидемиологические фазы.

Первая фаза охватывает 2000-2003 годы, когда начался рост регистрации активного туберкулеза среди вновь выявленных (впервые) больных ВИЧ-инфекцией. Это были больные ВИЧ-инфекцией с характерным временным иммунодефицитным состоянием в периоде транзиторного иммунодефицита.

При лабораторном обследовании этих лиц количество СД 4 лимфоцитов варьировало в пределах от 29 до 1061 в мкл и составило в среднем $0,544 \pm 0,14 \times 10^9/\text{л}$ на фоне нормального или повышенного абсолютного и относительного количества лимфоцитов. Анализ клинических форм туберкулеза показал, что в эту фазу чаще регистрировались легочные формы туберкулеза (в 96% случаев), в том числе в 1,8% случаев имели место десцимированные формы и казеозная пневмония. У 4% больных развились внелегочные формы микобактериальной инфекции в виде менингоэнцефалита, туберкулеза мезентериальных лимфатических узлов.

Вторая фаза охватывает время с 2003 по 2005 годы, когда начался рост случаев активного туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией в стадии СПИДа (в 40,4% случаев). Это были больные с низким иммунным статусом. При лабораторном обследовании этой группы больных количество СД 4 лимфоцитов в среднем составило $0,171 \pm 0,11 \times 10^9/\text{л}$, абсолютное количество лимфоцитов составило $0,983 \times 10^9/\text{л}$ (21,6%). Клинические формы туберкулеза в этой группе больных отличались большей частотой тяжелых форм. В этой группе у больных имело место манифестация туберкулеза в виде внелегочных форм в 16,6% случаев, в том числе миллиарный с поражением многих органов в 63,6% и в 10% от всех выявленных форм туберкулеза в поздней стадии ВИЧ-инфекции. Легочные формы туберкулеза регистрировались в 83,3% случаев, причем в 47,3% развились десцимированный туберкулез легких и казеозная пневмония.

Следовательно, клинически туберкулезная инфекция при иммунодефицитном состоянии протекает в генерализованной форме, напоминая септический процесс. В результате проведенного нами анализа септических состояний у больных в стадии СПИДа, обусловленных микобактериями туберкулеза, были выявлены следующие особенности:

— 99,8% пациентов принадлежат к группе риска по заболеванию туберкулезом;

— у всех наблюдаемых больных имело место постепенное начало заболевания: в течение нескольких месяцев у больных отмечалась суб-

фебрильная лихорадка, резкое снижение массы тела более 10%, за медицинской помощью обращались в тяжелом состоянии;

— во время лабораторного обследования у больных отмечался нормоцитоз (у 78% больных) или лейкопения (22%), анемия (30%), нормальное количество нейтрофилов, отсутствие палочкоядерного сдвига (у 100% больных), умеренно повышенная СОЭ (до 50 мм/час) — у 90% больных, отрицательные результаты посевов крови на стерильность у всех обследованных больных;

— абсолютное количество лимфоцитов было менее 1000 — у всех больных, СД 4-лимфоцитов менее 100 в мкл — у 90,4% больных, ПЦР-РНК-ВИЧ > 200000 коп/мл — у 100% больных;

— в 100% случаев было выявлено кандидозное поражение слизистой полости рта; себорейный дерматит.

Таким образом, клиническая картина ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом, весьма вариабельна, зависит от стадии ВИЧ, глубины иммунодефицита. Раннее выявление туберкулеза (распознавание его симптомов и признаков во всех местах концентрации ВИЧ-инфицированных лиц) и диагностика с быстрым началом лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, лиц из семейного контакта, групп повышенного риска заражения ВИЧ и лиц, работающих в местах массового скопления людей (например, в тюрьмах, общежитиях, в военных частях, больницах и клиниках) повысят шанс выживания ВИЧ-инфицированных, улучшит их качество жизни и сократит передачу туберкулеза среди контактных.

Необходим постоянный мониторинг основных эпидемиологических показателей с целью выявления резерва оптимизации профилактической работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веревщиков В. К., Власова Э. В., Борзунов В. М. и др. Летальные исходы у больных с сочетанной патологией ВИЧ-инфекции и туберкулеза в крупном промышленном городе. // Тезисы VI Российского съезда врачей-инфекционистов. — 2003. — С. 66.
2. Михайлова Ю. В. Туберкулез без жесткости не отступит. // Газета здравоохранения. — № 13. — 22.2.2006.
3. Нанн П. Глобальный подход к борьбе с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом. // Ж. Проблемы туберкулеза и болезней легких. — № 10. — 2005. — С. 13-20.
4. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение. // СПб., 2004. — 488 С.
5. Покровский В. В., Фролова О. П., Кравченко А. В. и др. Организация фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией: пособие для врачей. — М., 2002. — 39 С.
6. Styblo K. Impact of HIV Infection on the Tuberculosis Problem Worldwide. // Kekkaku. — 1990. — V. 65, № 6. — P. 425-438.

Особенности сочетанного течения иксодового клещевого боррелиоза и артериальной гипертензии

А. П. НЕБОЛСИНА, Н. Н. ВОРОБЬЕВА, В. В. ЩЕКОТОВ.
Пермская государственная медицинская академия.

В современных условиях сердечно-сосудистая патология, в частности, артериальная гипертензия (АГ) — один из наиболее широко представленных системных патологических процессов [5, 6]. Интеркуррентные инфекции являются потенциальным фактором ее дестабилизации, что требует первоочередного внимания к коррекции декомпенсированной кардиальной патологии, а именно гипотензивной терапии [3, 4].

В настоящее время большой интерес представляет изучение нарушений функций системы кровообращения у больных иксодовым клещевым боррелиозом (ИКБ). В значительной мере это обусловлено ранним вовлечением в патологический процесс кардиоваскулярной системы с развитием микробного васкулита и воспалительных поражений миокарда [1, 2].

Большая социальная значимость ИКБ и АГ, отсутствие достаточных сведений о патогенезе инфекции и эффективных методах патогенетического лечения заболевания на фоне сердечно-сосудистой патологии определяет необходимость исследования их сочетанного течения.

Целью работы являлась оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы при диссеминированной стадии ИКБ на фоне АГ и определение терапевтической эффективности препарата группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) эналаприла малеата.

Материалы и методы. Проведено обследование 36 пациентов (17 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 20 до 59 лет с диссеминированной стадией ИКБ на фоне АГ 2 степени, риск 2-3 [5], госпитализированных в клиническую инфекционную больницу № 1 г. Перми в эпидемические сезоны 2001-2004 гг. Диагноз ИКБ установлен на основании совокупности эпидемиологических, клинико-anamnestических и серологических данных.

Группу сравнения составили 30 больных с АГ 2 ст. без сопутствующего ИКБ и 30 нормотензивных больных с диссеминированной стадией инфекции.

Клиническое обследование включало оценку анамнестических, объективных данных, проведение лабораторных общеклинических тестов. Измерение артериального давления (АД) осуществлялось в острый период инфекции и в динамике диспансерного наблюдения в течение года. Оценивались случайный уровень АД (среднее значение последних трех измерений АД до ИКБ), максимальное АД в разгар заболевания, в период реконвалесценции, а также показатели АД через 3, 6, 12 месяцев после перенесенного ИКБ.

Программа лечения ИКБ предусматривала назначение курса специфической антибиотикотерапии (доксциклина гидрохлорида, цефало-