



Министерство юстиции Российской Федерации



Национальный медицинский
исследовательский центр фтизиопульмонологии
и инфекционных заболеваний МЗ РФ

ТЕЗИСЫ

«Сибирская научно-практическая конференция фтизиатров «Сибирь и мир»

14-15 НОЯБРЯ 2017

**ЕЖДИСТНЫЙ ПОДХОД
В РЕАНИМАЦИИ
СОБСТВЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА**



www.rofb.ru

Результаты. Анализ экспрессии генов МЛУ соматических клеток выполнен в перифокальной области ТЛ и в участках легочной ткани, сохранившей позитинность («условная норма»). Как следует из полученных результатов, средние значения экспрессии в соматических клетках составляют для гена MDR1 – 15,92; LRP – 13,97; MRP1 – 0,07; BCRP – 2,03. В перифокальной зоне ТЛ эти показатели значительно выше: гена MDR1 – 140,80; LRP – 27,46; MRP1 – 3,64; BCRP – 8,00. Следовательно, в перифокальной зоне ТЛ, в отличие от воздушной легочной ткани, наблюдается увеличение экспрессии всех генов МЛУ соматических клеток из группы анализа: гена MDR1 – в 8,9 раза; LRP – в 1,7 раза; MRP1 – в 52 раза; BCRP – в 3 раза. Гистологически в этой области определяются разновидности клеточных скопления с преобладанием лимфоидных и макрофагальных элементов, имеются более поздние интегрионидно-клеточные гранулемы без кавернозного некроза, в том числе в стадии органогенеза и фиброза.

Заключение. В условиях длительного применения противотуберкулезной химиотерапии по первому режиму у больных ТЛ активируется экспрессия генов МЛУ клеток легкого. Она максимально выражена в перифокальной зоне, где сохраняются клеточные элементы воспаления, имеет место характерная макрофагальная реакция, т. е. выраженная

признаки активности туберкулезного процесса, которая морфологически верифицирована как умеренно выраженная. Это согласуется с результатами, полученными в модельных системах *in vitro*, показавшими возможность относительно быстрого (за 3 мес.) формирования лекарственной устойчивости к рифампицину, повышенной экспрессии гена MDR1 в эпителиальных и моноцитарно-макрофагальных клеточных элементах. Становится очевидным, что повышение функциональной активности белков МЛУ соматических клеток может способствовать развитию резистентности альвеолярного эпителия и макрофагальных элементов легкого к рифампицину и, возможно, другим НПТН первого ряда. Это может влиять на эффективность проводимой химиотерапии, которая у больных с ТЛ бывает длительной. В свою очередь, эти же белки, очевидно, обеспечивают лучшую выживаемость клеток в неблагоприятных условиях воспаления, что способствует воспалению и лекарственному восстановлению, и, следовательно, могут выступать в роли редуцирующей защиты внутрисклеточных процессов, обеспечивающих механизмы ликвидации патологического процесса. Необходимы дальнейшие фундаментально-прикладные исследования в области этого нового, перспективного, направления физиологии.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОИНФЕКЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Макаров П. В., Асеев А. В., Макаров В. К.

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», г. Тверь

Цель исследования: определить клинико-эпидемиологические особенности коинфекции туберкулеза и ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ-и).

Материалы и методы. В обозначении диагнозов использованы Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра. Согласно данной классификации, рубрике В-20.0 соответствует болезнь, называемая ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции.

Всего обследовано 350 человек. В их составе: группа 0 – 50 здоровых лиц (контрольная группа); группа I – 100 больных лекарственно-чувствительным инфильтративным туберкулезом легких без деструкции и ВИЧ-инфекцией в стадии 4А, не получавших антиретровирусную терапию; группа II – 100 больных лекарственно-чувствительным инфильтративным туберкулезом легких без деструкции и ВИЧ-инфекцией в стадии 4А, получавших антиретровирусную терапию; группа III – 100 больных лекарственно-устойчивым инфильтративным туберкулезом легких без деструкции (МЛУ) и ВИЧ-инфекцией в стадии 3А, получавших антиретровирусную терапию.

Результаты. Возрастной состав пациентов всех трех групп приблизительно одинаков. Основная масса больных – в возрасте 40-59 лет. Социальные факторы проживания пациентов стабильные. Жители города составляли среди больных I, II и III группы 57, 61 и 59% соответственно.

Среднее и среднее специальное образование имели 65% пациентов I группы, 62 и 63% – II и III группы соответственно. Высшее и незаконченное высшее образование получили 4, 3 и 2% больных соответственно. Около 30% пациентов в каждой группе имели начальное или незаконченное среднее образование.

Не имели семьи 53% пациентов I группы, 48% лица II группы и 49% больных III группы. Следует отметить, что во всех группах обследованных часто встречалась вредная привычка – курение (более 86%).

Доля работающего населения среди инфицированных ВИЧ в I группе составила 36%, во II группе – 34%, в III группе – 35%. Среди организованного населения наибольшую долю составляли лица рабочих профессий (29, 28, 27% по группам). Служащих было 7, 6 и 8% по группам соответственно. Неработающее население составило 67, 66 и 65%.