

Максумова Д. К., Ботирова Б. Т.
**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ОТ
ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ, ПРИ РАЗЛИЧНОМ СОСТОЯНИИ
ИММУНИТЕТА У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Хакимова Р. А.
Кафедра микробиологии и фтизиатрии
Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан

Актуальность. Дифференциальная диагностика туберкулеза у ВИЧ- инфицированных приобретает особую актуальность в связи увеличением вторичных заболеваний, что может служить необоснованного перевода данной категории больных в противотуберкулезные стационары.

Цель: изучить дифференциальная диагностика туберкулеза от оппортунистических инфекций у ВИЧ –инфицированных, направленных на обследование в противотуберкулезный диспансер, традиционными и инновационными методами исследования.

Материалы и методы. Проанализировано 102 истории болезни, ВИЧ- инфицированных детей, госпитализированных в областной противотуберкулезный диспансер для диагностики и лечения туберкулеза. Данным больным применены стандарты диагностики, предложенные ВОЗ: трехкратное исследование мокроты на МБТ, общий анализ крови, рентгено - томографическое исследование. У всех обследованных в мокроте МБТ не обнаружены. У некоторых больных рентгенологические изменения в легких не совсем были характерны для туберкулеза, кроме того, течение заболевания, анамнестические данные также требовали дифференциальной диагностики. Всем больным применены инновационные методы: ИФА диагностика со специфическими антигенами туберкулеза, цитомегаловируса, кандид, аспергилл. По показаниям 16 пациентам проведено ускоренное исследование на туберкулез и устойчивость к рифампицину на аппарате GeneXpert. Из 102 обследованных у 86 был подтвержден туберкулез. Для дифференциальной диагностики туберкулеза 16 пациентов направлены на исследование аппарате GeneXpert у всех микобактерии не обнаружены. Кроме того, у этих же пациентов посев мокроты на микобактерии туберкулеза, также дали отрицательный результат.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от выраженности снижения количества CD4-лимфоцитов на момент госпитализации пациенты были разделены на 3 группы: I группу составили 16 пациентов (18,6 %), у которых количество CD4-лимфоцитов было <200 клеток/мкл; II группу —56(65,1%) — CD4-лимфоциты >200 до 350 клеток/мкл. III группа число CD4-лимфоцитов было > 350 до 500 клеток/мкл 14(16,3%) больных. Анализ содержания CD4 лимфоцитов у пациентов с оппортунистическими инфекциями выявил следующее: у 11 пациентов количество составило > 350 до 500 клеток/мкл; у 3 пациентов >200 до 350 клеток/мкл; и только у 2 больного <200 клеток/мкл. Изучение оппортунистического спектра у ВИЧ-инфицированных, при исключении туберкулеза выявило: у всех выявлен вирус простого герпеса, у 4 цитомегаловирус, 13 кандиды и у 6 аспергиллы, у некоторых имелось сочетание цитомегаловирус+ кандиды, кандиды+ аспергиллы. У пациентов с содержанием CD4 лимфоцитов > 350 до 500 клеток/мкл выявлены у 3- цитомегаловирус; у 6 кандиды у одного аспергиллез. У 3 пациентов >200 до 350 клеток/мкл выявлен кандидоз; и у одного пациента с содержанием <200 клеток/мкл, выявлено сочетание цитомегаловирус+ кандиды + аспергиллез. Чем меньше содержание CD4 лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных, тем оппортунистические инфекции встречаются чаще и в комбинации.

Выводы. проведенное исследование позволило в 14,7% исключить туберкулезный процесс. Чем меньше содержание CD4 лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных, тем оппортунистические инфекции встречаются чаще и в комбинации. Исключение туберкулеза позволило предупредить необоснованное пребывание в противотуберкулезном стационаре и трату дорогостоящих препаратов.