

и  $3,68 \times 10^9$ /л соответственно. Все больные имели 4А, 4Б и 4В стадии ВИЧ-инфекции с уровнем CD4<sup>+</sup>-клеток от 67 до 675 в мкл.

Угнетение одновременно продукции лейкоцитов и тромбоцитов выявлено у 13/110 (11,8%) человек. Наибольшее количество лейкоцитов составило  $3,5 \times 10^9$ /л, наименьшее –  $0,6 \times 10^9$ /л, а снижение тромбоцитов составило от 5 до  $112 \times 10^9$ /л. Среди этих пациентов у 3 диагностирована 2В стадия ВИЧ-инфекции, у 10 – 4А, 4Б и 4В стадии. При анализе иммунограмм количество CD4<sup>+</sup>-клеток было максимальное 690 кл/мкл, минимальное – 3 кл/мкл.

**Заключение.** У пациентов с ВИЧ-инфекцией наиболее часто встречаемым видом угнетения кро-

ветворения являлась тромбоцитопения (у 50%). Среди двухлинейных цитопений наиболее частым оказалось сочетание эритроцитопении и тромбоцитопении (19,9%). Реже других выявлялась изолированная лейкопения (3,6%). Все пациенты с двухлинейными цитопениями имели 4-ю стадию ВИЧ-инфекции. По данным иммунограмм, количество CD4<sup>+</sup>-клеток значительно снижено у пациентов с депрессией кроветворения по двум линиям. Наименьшее число CD4<sup>+</sup>-клеток выявлено у пациента с лейкоцитопенией и тромбоцитопенией (3 кл/мкл).

*Барышникова Дарья Владимировна*  
(Daria V. Baryshnikova)  
E-mail: dashenkabar@mail.ru



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-5-67-68

## АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Бобырева М. Г., Белов С. А., Суднищников В. В., Пименов Н. А., Пятанова А. Н.

ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер», г. Владивосток, РФ

## ANALYSIS OF FEASIBILITY OF SURGICAL TREATMENT IN FIBROUS CAVERNOUS PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS IN PRIMORSKIY REGION

Bobyreva M. G., Belov S. A., Sudnischikov V. V., Pimenov N. A., Pyatanova A. N.

Primorskiy Regional Clinical TB Dispensary, Vladivostok, Russia

**Цель исследования:** проанализировать возможности хирургического лечения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом (ФКТ) легких в Приморском крае.

**Материалы и методы.** Методом сплошной выборки отобраны 228 историй болезни пациентов, прооперированных по поводу ФКТ в Приморском краевом противотуберкулезном диспансере за 3 года (2014-2016 гг.). Проведен анализ этих историй болезни, журналов хирургических консультаций и отбора на оперативное лечение больных на территориях Приморского края.

**Результаты.** За 3 года (2014-2016 гг.) в ГБУЗ «ПКПД» проведено оперативное лечение 228 пациентов с диагнозом «ФКТ легких». За этот же период во всем Дальневосточном федеральном округе, включающем Приморский край и еще 8 территорий, прооперировано 438 таких пациентов, то есть 52,1% (228/438) всех прооперированных пациентов Дальневосточного федерального округа было прооперировано в Приморском крае.

Как показал анализ (таблица), число больных ФКТ в Приморском крае за исследуемые 3 года несколько снизилось. Охват консультациями хирургов в 2014 и 2015 г. был высоким (не менее 80%), но в

2016 г. снизился до 67%. Обращает на себя внимание, что возможность проведения хирургического лечения у этих контингентов больных колебалась от 17,1 до 24,0%, по оценке консультирующих хирургов.

Невозможность провести оперативное лечение больным ФКТ легких была обусловлена следующими причинами: 1) в среднем у 30% – большая распространенность деструктивного специфического процесса, часто тотальное поражение обоих легких; 2) в среднем у 7% – выраженный пневмосклероз, эмфизема легких, дыхательная недостаточность, снижение индекса вентиляции ниже 720, нарушение функции легких: FEV-1 менее 1,5 и 2,0 л при планировании лобэктомии и пневмонэктомии соответственно; 3) в среднем у 8% – легочно-сердечная недостаточность III-IV степени (классификация NYHA); 4) в среднем у 6% снижение индекса массы тела ниже 16 (кахексия); 5) в среднем у 10% – декомпенсированные сопутствующие заболевания; 6) в среднем у 4% – туберкулез крупного бронха; 7) в среднем у 18% – постоянное нахождение под воздействием алкоголя или психоактивных веществ; 8) в среднем у 12% – уклонение от лечения, в том числе и от оперативного; 9) в среднем у 5% – отказ пациента от оперативного лечения.

**Таблица. Сведения о больных фиброзно-кавернозным туберкулезом в Приморском крае**

Table. Data of fibrous cavernous tuberculosis patients in Primorskiy Region

Показатели	2014 г., абс. (%)	2015 г., абс. (%)	2016 г., абс. (%)
Число больных с ФКТ в Приморском крае, состоявших на диспансерном учете	993	962	970
Число больных с ФКТ, проконсультированных торакальным хирургом	796 (80%)	865 (89%)	650 (67%)
Число больных, которым показано оперативное лечение (среди проконсультированных хирургом)	154/796 (19,3%)	148/865 (17,1%)	156/650 (24,0%)
Число прооперированных больных с ФКТ:			
- от числа отобранных торакальным хирургом	62/154 (40,3%)	77/148 (52,0%)	89/156 (57,1%)
- от числа состоящих на учете в ПТД	62/993 (6,2%)	77/962 (8,0%)	89/970 (9,2%)

Среди отобранных для хирургического лечения каждый год было прооперировано только от 40,3 до 57,1%. Причины того, что пациенты не прооперированы, были следующими: 1) в среднем 42% – злостное нарушение больничного режима, постоянное употребление алкоголя и психоактивных веществ в условиях хирургического отделения; 2) в среднем 42% – низкая степень комплаентности; 3) в среднем 8% – выявление при дообследовании противопоказаний к операции; 4) в среднем 10% – обострение специфического процесса, выявленное при госпитализации для операции.

**Заключение.** Среди больных, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере (ПТД) по поводу ФКТ легких в Приморском крае, хирургиче-

ское лечение было показано, согласно заключению торакального хирурга, в среднем 20,1%. Но учитывая очень сложный контингент пациентов в социальном и медицинском аспектах, ежегодно удалось прооперировать только 49,8% из числа отобранных торакальным хирургом, что составило в среднем 7,8% от числа больных ФКТ, находившихся на учете в ПТД. Основными причинами, препятствующими проведению оперативного лечения, являлись: распространенность специфического процесса, постоянное употребление алкоголя и психоактивных веществ, уклонение от лечения.

*Бобырева Марина Геннадиевна  
(Marina G. Bobyreva)  
E-mail: doc.bobyreva@mail.ru*



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-5-68-69

## МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА

Быхалов Л. С.<sup>1</sup>, Смирнов А. В.<sup>1,2</sup>, Соснин Д. С.<sup>1</sup>, Ибраимова Д. И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет МЗ РФ», г. Волгоград, РФ

<sup>2</sup>ГБУ «Волгоградский научный медицинский центр», г. Волгоград, РФ

## MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERIPHERAL LYMPH NODES IN CONCURRENT HIV INFECTION AND TUBERCULOSIS

Bykhalov L. S.<sup>1</sup>, Smirnov A. V.<sup>1,2</sup>, Sosnin D. S.<sup>1</sup>, Ibraimova D. I.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

<sup>2</sup>Volgograd Research Medical Center, Volgograd, Russia

**Цель исследования:** охарактеризовать морфометрические изменения периферических лимфатических узлов у больных при сочетании ВИЧ-инфекции и туберкулеза при разной выраженности иммунодефицита.

**Материалы и методы.** Исследовали периферические лимфатические узлы, взятые при аутопсийных случаях ( $n = 133$ ) сочетания ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Забор аутопсийного материала проводили в ранние сроки после смерти больного (до 6 ч), после извлечения периферические лимфатические

узлы фиксировались в 10%-ном растворе нейтрального забуференного формалина в течение 24-48 ч при комнатной температуре, обрабатывались по стандартной методике с дальнейшим обезвоживанием в батарее спиртов с изготовлением парафиновых блоков. Из парафиновых блоков изготавливали препараты, окрашенные гематоксилином и эозином, фотопротоколирование осуществляли с использованием светового микроскопа «CarlZeiss» (Германия) со встроенной цифровой камерой. Морфометрический анализ проводили с использова-