

среди больных ТБ/ВИЧ равно или больше, чем число мужчин, при этом в группе ТБ при любой форме туберкулеза бронхов преобладают мужчины.

Выводы. 1. Туберкулез бронхов выявляется практически с одинаковой частотой у больных с отрицательным (5,17%) и положительным (5,68%) ВИЧ-статусом $p \geq 0,05$.

2. Среди больных с туберкулезом бронхов в группе сочетанной патологии ТБ/ВИЧ достоверно преобладают женщины (61,3%), а в группе ту-

беркулеза без ВИЧ-инфекции – мужчины (60,4%). При этом доли мужчин и женщин между группами имеют достоверную разницу ($p \leq 0,01$).

3. У больных с ВИЧ-инфекцией достоверно ($p \leq 0,01$) отличается структура клинических форм туберкулеза бронхов за счет увеличения доли бронхонодулярных свищей до 38,7% по сравнению с таковой у больных без ВИЧ-инфекции (12,4%). При этом наиболее часто встречающейся формой в обеих группах остается инфильтративный туберкулез бронха.

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Б. М. АСАНОВ, Л. Г. ПАНТЕЛЕЕВА, Р. Б. АСАНОВ, Е. Е. ХАРИТОНОВА

ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ульяновск

За последние 10 лет число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Ульяновской области увеличилось в 2 раза, в то время как число больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом увеличилось в 6 раз. Заболеваемость туберкулезом среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, с 2004 г. увеличилась с 529,8 до 2 166,9 на 100 тыс. населения.

Цель исследования: изучить особенности выявления, течения и вариантов лечения больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции (ТБ/ВИЧ) в Ульяновской области.

Материалы и методы. Доля больных ТБ/ВИЧ среди всех впервые выявленных больных туберкулезом за последние годы составляет 25,9% (2004 г. – 4,2%). Лидируют возрастные группы: до 30 лет – 26,2%, 30-40 лет – 55%, преобладают мужчины (68,9%). Из 209 больных ВИЧ-инфекцией с впервые выявленным туберкулезом только 40 (19%) имели постоянную работу, 29,6% были в местах лишения свободы, у 79,6% туберкулез выявлен при обращении в общую лечебную сеть и СПИД-Центр. Основным методом выявления туберкулеза остается лучевой – 94,4%, с помощью бактериологического метода выявлено всего 6 (2,8%) пациентов, у 5 (2,7%) больных с туберкулезным менингитом диагноз установлен по клинико-лабораторным данным. 23 случая туберкулеза выявлено при судебно-медицинской экспертизе. Диагностическая ценность пробы Манту невелика, на ранних стадиях ВИЧ-инфекции она положительна в 80% случаев.

Результаты. При анализе данных больных ТБ/ВИЧ установлено, что 31,4% больных имели контакт по туберкулезу в УФСИН и 10,7% – семейный контакт. У 26,3% больных туберкулез и ВИЧ-инфекция выявлены одновременно, у 73,7% туберкулез обнаружен после выявления ВИЧ-инфекции. Давность ВИЧ-инфекции до выявления туберкулеза у 73,7% больных составила 5-10 лет. У 54,6% больных заражение ВИЧ про-

изошло парентеральным путем при введении наркотиков, у 44,5% – половым путем и у 2 – внутриутробное заражение от матери.

Среди больных ВИЧ-инфекцией с впервые выявленным туберкулезом поздние стадии ВИЧ-инфекции были зарегистрированы в 78,5% случаев, что сказалось на клинической структуре туберкулеза:

- инфильтративный туберкулез легких у 70 (37,6%) больных, из них у 9 – с экссудативным плевритом;
- диссеминированный туберкулез легких у 33 (17%) больных;
- генерализованный туберкулез с полиорганным поражением у 30 (16,1%) больных, из них у 10 – с поражением центральной нервной системы;
- очаговый туберкулез легких у 28 (15,6%), у 4 больных осложненный экссудативным плевритом;
- туберкулез внутригрудных лимфоузлов у 6 (2,8%);
- туберкулезный менингит у 5 (2,7%);
- остальные формы встречались в единичных случаях.

У больных, выявленных посмертно, преобладал генерализованный туберкулез с полиорганным поражением на фоне поздней стадии ВИЧ-инфекции.

Особый интерес представляют милиарные процессы, когда диагноз ставится на основании клинического синдрома. При проведении через 2-3 нед. рентгенологического контроля в легких выявляется диссеминация, а УЗИ органов брюшной полости регистрирует мелкоочаговые изменения в органах брюшной полости (лимфоузлы, селезенка, печень).

У 17,6% больных ТБ/ВИЧ были полости распада в легких, у 50% – установлено бактериовыделение, среди них у 41,9% – определена множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза.

Тяжелая структура впервые выявленных лиц с ТБ/ВИЧ определила высокий показатель умерших до года наблюдения – 43 (21,9%) больных.

В связи с особенностями социального состава больных данной категории и высокой частотой сопутствующих заболеваний имеются существенные трудности в их лечении. При наличии приверженности к противотуберкулезной и антиретровирусной терапии даже при тяжелых диссеминированных формах туберку-

леза отмечается положительная динамика заболеваний.

Выводы. 1. Ежегодно увеличивается число больных ТБ/ВИЧ, при этом участились случаи генерализованного туберкулеза.

2. Большинство пациентов ТБ/ВИЧ относятся к социально-дезадаптированным группам населения, что затрудняет их лечение.

3. Больные с ТБ/ВИЧ являются группой высокого риска по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, В ТОМ ЧИСЛЕ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

А. В. АСЕЕВ

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздрава России

Цель исследования: изучить эффективность и гемодинамические реакции при пневмоперитонеуме (ПП) при лечении больных туберкулезом, в том числе в сочетании с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ).

Материалы и методы. Наблюдали 157 больных туберкулезом легких, получавших лечение в легочном отделении туберкулезного санатория «Черногубово». Среди них у 69 (43,9%) человек был ТБ/ВИЧ (основная группа), остальные 88 больных составили группу контроля. У больных преобладал инфильтративный и диссеминированный туберкулез с бактериовыделением и полостями распада при неэффективности предшествующего терапевтического лечения. Показаниями для использования ПП считали: невозможность проведения полноценного курса противотуберкулезной химиотерапии ввиду непереносимости препаратов, в том числе вследствие одновременной антиретровирусной терапии.

Перенесли ранее операции на органах брюшной полости 17 человек, что потребовало изменения места пункции брюшной полости. Процедура ПП состояла в еженедельном введении в брюшную полость воздуха в объеме 1 л. При каждой инфуляции воздуха определяли давление в брюшной полости прямым способом (при помощи пневмотораксного аппарата). Всем больным выполняли эхокардиографическое исследование по стандартной методике, в ходе которого определяли систолическое (СДЛА) и диастолическое (ДДЛА) давление в легочной артерии непрямым способом, холтеровское мониторирование. Исследование проводили до лечения, сразу после первой процедуры ПП и через месяц после начала ПП.

Результаты. До начала использования ПП СДЛА у всех обследованных больных было на верхней границе нормы и составляло в основной группе $24,2 \pm 0,8$ мм рт. ст., в контрольной –

$25,9 \pm 0,8$ мм рт. ст. (у здоровых людей до 30), а ДДЛА – $11,1 \pm 0,8$ и $12,3 \pm 0,9$ мм рт. ст. соответственно (у здоровых людей – до 15), отличие между группами недостоверное, $p < 0,05$. После проведения первого ПП отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение СДЛА, в основной группе до $34,9 \pm 2,9$ мм рт. ст., в контрольной – $31,7 \pm 3,3$ мм рт. ст., отличие между группами недостоверное ($p < 0,05$), отличие от исходных показателей в группах достоверное ($p > 0,05$). Через месяц наблюдения гемодинамическая реакция на ПП резко уменьшалась, вследствие чего СДЛА и ДДЛА до и после процедуры практически не отличались в обеих группах. Введение воздуха в брюшную полость не сопровождалось изменением давления в брюшной полости во время процедуры: оно составляло 60–80 мм рт. ст. При холтеровском мониторировании в обеих группах отмечено появление единичных экстрасистол. У всех больных наблюдали повышение артериального давления в обеих группах в среднем на 17,4%, больные предъявляли жалобы на головную боль (в основной группе у 21 человека, в контрольной – у 29). Кратковременную боль в спине отмечали 17 человек основной группы и 25 человек – контрольной. Все эти эффекты удалось купировать консервативными мероприятиями без прекращения ПП. Не наблюдали изменения положения диафрагмы в зависимости от наличия газового пузыря небольшого объема в брюшной полости. Вероятно, воздух в брюшной полости вызывает раздражение нервных рецепторов брюшины, что сопровождается вегетативной рефлекторной реакцией через систему диафрагмального и блуждающего нервов, симпатической цепочки. Положительный эффект был отмечен у всех больных. Прекращение бактериовыделения через 2 мес. лечения было у 45 (65,2%) человек основной группы и у 49 (55,7%) – контрольной. Закрытие полостей распада или умень-