

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-

шение их размеров наблюдали у 39 (56,5%) человек основной группы, в контрольной – у 41 (46,6%). На начальных этапах наблюдения лечение с использованием ПП было проведено на фоне кровохарканья у 3 человек основной и у 5 – контрольной группы. У всех пациентов наблюдали усиление или рецидив кровохарканья на фоне ПП, что было обусловлено увеличением давления в легочной артерии. В этой связи считаем наличие легочного кровотечения противопоказанием для использования ПП до момента окончательной (чаще хирургической) остановки легочного кровотечения.

Несмотря на положительную клинико-рентгенологическую динамику, 12 человек в контрольной группе прекратили лечение досрочно через

2-4 мес. от начала использования ПП из-за недисциплинированности и социальной дезадаптации. В основной группе таких случаев не было.

Выводы. 1. В комплексном лечении больных туберкулезом, в том числе при сочетании с ВИЧ-инфекцией, возрастает роль ПП. Введение в программу лечения ПП позволяет повысить эффективность лечения не менее чем на 50%, среди больных ТБ/ВИЧ этот эффект более выражен.

2. У больных ТБ и ТБ/ВИЧ наблюдается ряд побочных эффектов ПП, наиболее существенным является повышение давления в легочной артерии в первые недели использования ПП. В этой связи наложение ПП при легочном кровотечении противопоказано.

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВЫЖИВШИХ И УМЕРШИХ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

И. Г. АТРОШЕНКО¹, Е. Г. ЕФИМОВА¹, Л. И. БОГДАНОВА¹, Е. В. РЕМЕЗОВА¹

¹ОБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер им. М. Б. Стоюнина»

²ТБОУ ВПО «ИвГМА» Минздрава РФ, г. Иваново

Цель исследования: выявить факторы, способные оказать влияние на эффективность лечения туберкулеза (ТБ) у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Сравнительное когортное исследование проведено методом сплошной выборки, предполагало ретроспективный анализ особенностей течения диссеминированного ТБ с учетом исхода заболевания у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, госпитализированных для лечения в течение одного года (2013 г.). В 1-ю группу включены больные, выписанные «с улучшением» (15 человек), во 2-ю группу – истории болезни 15 пациентов, 14 из которых умерли в стационаре, 1 – через 2 дня после выписки, связанной с отказом от лечения. Группы являлись сопоставимыми по возрасту, социальному статусу, образу жизни, стадии ВИЧ-инфекции у больных. Так, в 1-ю группу включено 11 мужчин и 4 женщины с ВИЧ-инфекцией IV Б-В стадий, средний возраст $31,6 \pm 3,0$ года, 13 из них не работали, 9 – не имели семьи, 10 страдали алкоголизмом II стадии, 8 являлись потребителями инъекционных опиоидов. Во 2-й группе было 14 мужчин и 1 женщина с ВИЧ-инфекцией IV Б-В стадий, средний возраст $34,3 \pm 3,3$ года, из которых: 13 – не работали, 12 – не имели семьи, 8 – страдали алкоголизмом II стадии, 9 – являлись потребителями инъекционных опиоидов. Все пациенты не наблюдались в ВИЧ-центре, не проходили химиопрофилактику ТБ, по 1-2 человека из этих групп в период предшествующих госпитализаций в противотуберкулезные учреждения получали антиретровирусные препараты, но самостоятельно прерывали терапию.

Результаты. Анализ спектра коинфекций показал, что в 1-й группе 9 пациентов страдали гепатитом С, 2 – гепатитом В, у 9 – выявлен кандидоз слизистой оболочки ротовой полости, пищевода, у 1 больного – herpes-поражение. Во 2-й группе в 12 случаях диагностирован гепатит С, в 8 – гепатит В, в 2 – цитомегаловирусная (ЦМВ) инфекция (генерализованная или в виде пневмонии), в 1 – пневмоцистная пневмония, в 8 – кандидоз. Во 2-й группе чаще встречалось сочетание гепатитов С и В, а прогрессирование ЦМВ-инфекции явилось непосредственной причиной смерти. В обеих группах одинаково часто поражение легких сочеталось с вовлечением в процесс других органов. В 1-й группе плеврит диагностирован у 7 больных, менингоэнцефалит – у 2, перитонит – у 1, поражение почек – у 2, лимфатических узлов (внутригрудных, мезентериальных, периферических) – у 4 больных. Во 2-й группе, по данным аутопсии, чаще встречался менингоэнцефалит (6 человек), ТБ почек (5 человек), лимфатических узлов (9 человек), печени (4 человека), селезенки (6 человек). Вместе с тем при поступлении больные 1-й группы чаще имели нормальное количество лейкоцитов в гемограмме (11 человек), нередко (7 человек) – нормальную температуру тела, нормальное содержание белка (13 человек), сахара (15 человек), билирубина (10 человек), креатинина (13 человек) в сыворотке крови; средний уровень гемоглобина составлял $89,1 \pm 7,7$ г/л, средний показатель СОЭ – $50,9 \pm 4,8$ мм/ч. Аналогичные тенденции наблюдались во 2-й группе: нормальное количество лейкоцитов в гемограмме – 11 человек, нормальная температура тела – 7, в сыворотке крови