

филактике, сроках лечения, противотуберкулезных препаратах, их побочных действиях.

У пациентов 2-й группы отдельно проанализированы методы выявления туберкулеза, установлено, что у 72% – это было плановое флюорографическое обследование, у 18% больных – самостоятельное обращение за медицинской помощью по причине плохого самочувствия и у 10% туберкулез выявлен случайно. 48% пациентов отметили, что в процессе стационарного лечения туберкулеза у них сформировалось чувство личной ответственности за результат терапии и

они намерены довести лечение до конца и в полном объеме.

Заключение. Результаты опроса показали, что у большинства пациентов с ВИЧ-инфекцией туберкулез выявлен во время планового флюорографического обследования, что свидетельствует о достаточном уровне охвата данной группы риска. В то же время отмечен очень низкий уровень информированности респондентов о туберкулезе: клинических проявлениях, способах профилактики и выявления. Большинство больных нуждаются в дополнительной информации относительно своего здоровья и лечения.

СПОНДИЛИТЫ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И КЛИНИКИ

Л. А. МАМАЕВА, В. А. ПОДГАЕВА, М. Е. КЛИМОВ, И. А. ДОЦЕНКО

ФБГУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, г. Екатеринбург

Одним из вторичных заболеваний пациентов с ВИЧ-инфекцией является спондилит, несвоевременное выявление и неадекватное лечение которого приводят к тяжелым осложнениям, утрате важнейших жизненных функций и инвалидности.

Цель исследования: изучение клинических особенностей спондилита у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. При проведении исследования использованы результаты наблюдения 116 больных спондилитом, проживающих в субъектах Уральского федерального округа, госпитализированных на лечение в отделение костно-суставного туберкулеза института в течение 2010-2012 гг. Критерием включения в исследование было подтверждение диагноза воспалительного поражения позвоночника, критерием исключения – выявление при углубленном обследовании опухолевого, метастатического, а также дегенеративно-дистрофического характера заболевания позвоночника.

Для реализации поставленной цели сформированы 2 группы наблюдения: больные спондилитами на фоне ВИЧ-инфекции (СП + ВИЧ) (36 человек) и спондилит без ВИЧ-инфекции (СП) (80 человек). Показанием для госпитализации пациентов обеих групп в клинику явилась невозможность исключить туберкулезную этиологию спондилита клинко-рентгенологическим методом. В клинике всем больным проведено комплексное лучевое исследование, в том числе спиральная компьютерная томография позвоночника. Для уточнения этиологии спондилита применяли бактериологический, морфологический, молекулярно-генетический методы исследования.

Результаты исследования. Установлено, что среди пациентов обеих групп преобладали мужчины. Средний возраст больных группы СП + ВИЧ

составил 33,4 года, группы СП – 43,3 года. Все пациенты группы СП + ВИЧ в 100% случаев инфицировались ВИЧ парентеральным путем, являясь активными потребителями инъекционных наркотиков. В группе СП потребители инъекционных наркотиков встречались в 8 раз реже.

Среди всех пациентов 26% ранее пребывали в местах лишения свободы (МЛС), в группе СП + ВИЧ – в 39,0% случаев, в группе СП – в 20,0%. Контакт с больным туберкулезом зарегистрирован у 31,1% всех пациентов, в том числе в МЛС и семье у 25,9 и 5,2% больных соответственно. Срок, прошедший от момента выявления воспалительного поражения позвоночника до дня госпитализации в клинику, составлял 2,4 мес. в группе СП + ВИЧ, тогда как в группе СП – 5,6 мес. В 69,0% случаев установлено острое начало заболевания у больных спондилитом группы СП + ВИЧ, тогда как в группе СП преобладало (61,0%) постепенное начало.

В группе СП + ВИЧ определялись генерализованные туберкулезные процессы в 22,0% случаев, тогда как в группе СП – только в 9,0%. Самыми частыми сопутствующими заболеваниями среди больных СП + ВИЧ являлись: парентеральная наркомания – 100%, гепатит С – 92%, другие воспалительные заболевания с очагами инфекции – 14%, в том время как в группе СП: гепатит С – 21%, другие воспалительные заболевания с очагами инфекции – 18%, парентеральная наркомания и язвенная болезнь желудка – по 13%, заболевания сердца и сосудов – 9%.

У 55,2% больных спондилитом наблюдалось поражение двух смежных позвонков, у 22,4% – четырех позвонков и более. Доля больных спондилитом, имеющих осложнения в виде натечных абсцессов, составляла 75,9%. У всех больных спондилитами присутствовал болевой вертеброген-

ный синдром различной степени выраженности, в 37,9% случаев наблюдался неврологический дефицит в виде пареза и паралича. Поражение грудного и поясничного отделов позвоночника установлено соответственно у 37,9 и 35,3% больных спондилитом.

Заключение. Среди больных спондилитом на фоне ВИЧ-инфекции преобладают лица молодого возраста, являющиеся потребителями инъекционных наркотиков, имеющие факт пребывания в МЛС. У них имеется преимущественно острое

начало заболевания позвоночника, что сокращает время от момента выявления до госпитализации в специализированное отделение противотуберкулезного учреждения. У больных спондилитом в сочетании с ВИЧ-инфекцией достоверно чаще развиваются генерализованные формы туберкулеза с вовлечением в процесс легких, позвоночника и других органов, что требует особой настороженности специалистов учреждений общей лечебной сети при оказании медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.

ЗНАЧЕНИЕ КАБИНЕТА ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В МЕГАПОЛИСЕ

А. В. МИШИНА^{1,2}, А. Е. ДИТЯТКОВ^{1,2}, В. Ю. МИШИН^{1,2}, Н. Д. ЮЩУК¹

¹ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом»

Департамента здравоохранения города Москвы, филиал по СВАО,

²ТОБУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова», г. Москва

Цель: организация кабинета фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией и изучение эффективности его работы за год.

Материалы и методы. В филиале по СВАО г. Москвы Московского научно-практического центра борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы в соответствии с Приказом Минздрава России от 29.12.2010 г. № 1224н в 2012 г. был создан кабинет фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией (КФП), в который переданы для диспансерного наблюдения все больные туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, наблюдавшиеся ранее в данном филиале. Всего на учет в КФП в 2012 г. было взято 111 больных туберкулезом различной локализации и с III-IV стадией ВИЧ-инфекции в возрасте 25-50 лет, мужчин было 86 и женщин – 25.

В I группе диспансерного учета (ГДУ) наблюдались 68 (61,3%) больных, из них с впервые выявленным туберкулезом – 57 пациентов и рецидивами заболевания – 11 пациентов. Генерализованный туберкулез был у 23 больных, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – у 12 больных, у остальных – туберкулез легких по формам: диссеминированный – у 11, очаговый – у 6, инфильтративный – у 20, туберкулема – у 2 и фиброзно-кавернозный – у 1. Деструктивные изменения в легких были у 9 (13,2%) больных и выделение микобактерий туберкулеза (МБТ) установлено у 36 (52,9%) больных, из них у 8 (11,7%) пациентов была множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) возбудителя. Пациенты, наблюдающиеся в I ГДУ, интенсивную фазу лечения проводили в стационаре, а фазу продолжения лечения – в строго контролируемых амбулаторных условиях.

Во II ГДУ наблюдались 8 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с длительностью заболевания 3-5 лет и с выделением МЛУ МБТ.

В III ГДУ наблюдались 35 пациентов с клинически излеченным туберкулезом легких, из них у 14 были малые посттуберкулезные изменения и у 21 – большие. Следует отметить, что из 111 больных 108 (97,3%) страдали наркоманией и хроническими вирусными гепатитами С и В. Не работали 70,3% пациентов и относились к категории социально-дезадаптированных лиц. Химиотерапию туберкулеза проводили в соответствии с Приказом МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003 г. Антиретровирусные препараты назначали 54,1% больным по рекомендации врача-инфекциониста Московского СПИД-центра.

Результаты. В течение года работы КФП произошло уменьшение контингентов I ГДУ с 68 до 38 больных за счет клинического излечения и перевода в III ГДУ 15 пациентов, перевода во II ГДУ – 5 и летального исхода – у 15 больных. Все пациенты с летальным исходом плохо лечились на стационарном и амбулаторном этапах, неоднократно самовольно прерывали лечение ввиду своей социальной дезадаптации.

В III ГДУ наблюдались 35 больных (в том числе 15 – переведенных из I ГДУ). С учета из III ГДУ были сняты 10 больных по клиническому излечению с малыми посттуберкулезными изменениями и переведены под наблюдение учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом с ВИЧ-инфекцией в значительной степени осложнялось необходимостью двойного посещения, как фтизиатра в противотуберкулез-