

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-

ном диспансере (ПТД) для лечения туберкулеза, так и врача-инфекциониста для получения антиретровирусной терапии, которую получали 54,1% пациентов. В то же время установлен положительный факт, что концентрация пациентов в КФП, где врач-фтизиатр имеет специализацию по инфекционным болезням, позволяла качественно контролировать направление больных на стационарное лечение и прием противотуберкулезных препаратов на амбулаторном этапе лечения, а также успешно проводить профилактическую работу в очагах туберкулезной инфекции.

Выводы. Создание КФП для диспансерного наблюдения больных с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией имеет положительное эпидемическое и клиническое значение. Ранее диспансерное наблюдение за больными туберкулезом с ВИЧ-инфекцией

в значительной степени осложнялось необходимостью двойного посещения, как фтизиатра в ПТД для лечения туберкулеза, так и врача-инфекциониста для получения антиретровирусной терапии. Создание КФП для больных ВИЧ-инфекцией позволило осуществлять диспансерное наблюдение врачом-фтизиатром, имеющим специализацию по инфекционным болезням, улучшив отбор больных на стационарное и санаторное лечение и контроль за приемом как противотуберкулезных, так и антиретровирусных препаратов при амбулаторном лечении, а также качественно проводить профилактическую работу в очагах туберкулезной инфекции. Для дальнейшего улучшения этой службы возможно рассмотреть вопрос по созданию отдельной (V) ГДУ в ПТД для больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

УСТРАНИМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ

А. В. МОРДЫК, О. Г. ИВАНОВА, С. В. СИТНИКОВА

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России
КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4», г. Омск

Цель исследования: выявление и анализ предикторов, оказывающих влияние на эффективность лечения и исход заболевания у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией для оптимизации терапии.

Материалы и методы. Исследование состояло из двух этапов. На первом этапе проведено ретроспективное исследование – анализ отчетных форм № 8 и 33, форм 263/у-ТБ, историй болезни 302 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией: 120 больных, включенных в исследование, находились под наблюдением с 2008 по 2010 г., 182 пациента – с 2011 по 2013 г. На втором этапе проведено проспективное исследование, в которое включено 94 пациента, по разработке подходов к оптимизации терапии сочетанной патологии. Анализ полученных результатов проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0, рассчитывали показатели описательной статистики, критерий χ^2 , использовали факторный, кластерный анализ. Различия величин показателей считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В 2012 г. в Омской области зарегистрировано 117 новых случаев сочетанной патологии ВИЧ-инфекция – туберкулез, что составило 5,9 случаев на 100 тыс. населения (на 55,2% больше, чем в 2011 г.). В сравнении с 2011 г. отмечена тенденция снижения частоты выявления ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом и увеличения частоты (в 1,7 раза) заболевания туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией. В 2012 г. соотношение

мужчин и женщин в структуре заболеваемости составило 3,5 : 1 (в 2010 г. – 4,5 : 1). В 2013 г. в Омской области почти в 3 раза увеличилось число новых случаев ВИЧ-инфекции (от 840 случаев в 2012 г. до 2 221 в 2013 г.) и сочетанного с ВИЧ-инфекцией туберкулеза. Количество случаев ВИЧ-инфекции у женщин увеличилось в 1,3 раза, доля женщин детородного возраста составила 92,8%, женщинами с ВИЧ-инфекцией рождено 173 ребенка. В структуре клинических форм преобладал инфильтративный туберкулез легких (55,6%), отмечено увеличение доли генерализованных форм туберкулеза, туберкулеза центральной нервной системы.

Предикторами неблагоприятных исходов в случае сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией, по результатам факторного анализа, являлись: поздняя стадия ВИЧ-инфекции (и свойственные ей содержание $CD4^+$, количество копий РНК ВИЧ) ($F = 126,3$; $p = 0,001$, ранг 1), приверженность больного к лечению ($F = 114,1$; $p = 0,012$, ранг 2), продолжение употребления наркотических препаратов, несмотря на выявление заболевания ($F = 98,1$; $p = 0,022$, ранг 3); отсутствие или позднее начало АРВТ ($F = 78,2$; $p = 0,036$, ранг 4), особенности течения туберкулезного процесса (распространенность, форма, наличие: деструкции легочной ткани, бактериовыделения, множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза) ($F = 54,13$; $p = 0,042$, ранг 5); к неблагоприятному исходу также приводило сочетание у больного ВИЧ-инфекцией туберкулеза с лимфо-