

Таблица

Результаты лечения больных через 6 мес. с момента включения в исследование

Результат лечения	Группы больных				p
	1-я (n = 12)		2-я (n = 15)		
	абс.	%	абс.	%	
Прекращение бактериовыделения	8	66,7	3	20,0	0,019*
Сохранение бактериовыделения	4	33,3	12	80,0	
Закрытие полости распада	7	58,3	2	13,3	0,013*
Сохранение полости распада	5	41,7	13	86,7	
Прогрессирование процесса	0	0,0	3	20,0	0,15*

Примечание: * – ТТФ.

случаев не было. Осложнение клапанной бронхо-блокации было у 1 (8,3%) больного 1-й группы. У этого больного на 2-е сут произошла миграция эндобронхиального клапана в нижележащие бронхи того же легкого, данное осложнение ликвидировано путем извлечения эндобронхиального клапана, затем проведена повторная бронхоблокация.

Заключение. В комплексной терапии деструктивного туберкулеза легких у больных с ВИЧ-инфекцией целесообразно использование метода клапанной бронхоблокации. Использование данного метода позволяет увеличить эффективность лечения больных данной категории (RR = 2,80; 95%-ный ДИ 1,95-3,65). Раннее прекращение бактериовыделения и закрытие полостей распада позволяют сократить срок нахождения таких больных в стационаре.

ПРОБА С ДИАСКИНТЕСТОМ У ЛИЦ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Л. В. ПОДДУБНАЯ, Т. Н. ЧИКУРОВА, О. В. ИГОНИНА, В. А. ДОРАГАНЬ

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
ГБОУ НСО «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Новосибирск

Эпидемия ВИЧ-инфекции вносит радикальные изменения в эпидемиологию туберкулеза. Своевременная диагностика активной туберкулезной инфекции у больных ВИЧ-инфекцией имеет большое практическое значение.

Цель исследования: изучить результаты кожной пробы с рекомбинантным туберкулезным аллергеном у пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Результаты кожной пробы с препаратом диаскин-тест (ДСТ) изучили у 90 пациентов с ВИЧ-инфекцией, направленных в противотуберкулезный диспансер в 2013-2014 гг. Всем пациентам проводили клинко-рентгенологическое обследование: сбор анамнеза, физикальное обследование, обзорную рентгенограмму, ТМГ/МСКТ, исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ), ДСТ. Результаты ДСТ оценивали согласно рекомендациям: отрицательный (уколочная точка), сомнительный (гиперемия), положительный (папула 3 мм и более). По степени чувствительности: слабая (папула 3-5 мм), средняя (папула 5-9 мм), выраженная (папула 10-14 мм), гиперергическая (папула 15 мм и более). Наблюдавшиеся лица были в возрасте от 23 до 52 лет. Мужчины составили 69% (n = 62), женщины – 31% (n = 28). У 72 (80%) наблюдавшихся количество клеток CD4 в крови составило 350 кл/мкл и менее, из них у 57% (n = 41) – менее 150 кл/мкл, у 18 больных – более 350 кл/мкл, максимальное количество – 883 кл/мкл. Среднее количество CD4 – 226,60 ± 18,85 кл/мкл.

У 36 больных диагностировали туберкулез органов дыхания, а также туберкулез внелегочной локализации. В структуре клинических форм регистрировали: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 4 случая, милиарный – 1, диссеминированный – 11, очаговый – 6, инфильтративный – 5, экссудативный туберкулезный плеврит – 4 случая. У 2 пациентов был туберкулез шейных лимфатических узлов. У 3 пациентов установлены остаточные изменения клинически излеченного туберкулеза. Прогрессирующий процесс имел место у 17 (47,2%) больных. У 8 (22,2%) пациентов установлено бактериовыделение, из них у 7 – множественная лекарственная устойчивость МБТ. Для достижения цели наблюдавшиеся пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – 36 больных с сочетанной патологией туберкулез и ВИЧ-инфекция, 2-я группа – больные ВИЧ-инфекцией без туберкулеза. В 1-й и 2-й группах преобладали мужчины (составляли $\frac{2}{3}$ всех пациентов), их соотношение с женщинами было 2/1, т. е. по половому признаку группы были сопоставимы. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы Microsoft Office Excel 2007. Оценку значимости различий средних арифметических значений выполняли с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. У 21 (58,3 ± 7,6%) из 36 больных туберкулез был выявлен одновременно с ВИЧ-инфекцией, из них у 13 из 21 (61,9 ± 10,3%) процесс был прогрессирующим. У 15 (41,7%) пациентов туберкулез диагностировали после 2-7 лет наблюде-

ния по поводу ВИЧ-инфекции, прогрессирующее его течение установлено у 4 (26,7 ± 8,0%), что было реже, чем при одновременном выявлении двух патологий ($p \leq 0,05$). Установлено, что у пациентов при сочетанной патологии (1-я группа) количество CD4 клеток в крови было от 25 до 662 кл/мкл, во 2-й группе – от 8 до 882 кл/мкл, при этом средние их значения не отличались достоверной разницей (231,1 ± 25,5 и 223,7 ± 26,8 кл/мкл соответственно), $p \geq 0,05$. У большинства пациентов 1-й и 2-й групп количество CD4 не превышало 350 клеток (77,8 ± 8,8 и 81,8 ± 7,3% соответственно), $p \geq 0,05$,

т. е. основную долю наблюдавшихся составили лица с иммунодефицитом. В 1-й группе по сравнению со 2-й реже встречались пациенты, у которых количество CD4 не превышало 50 кл/мкл (5,5 ± 2,2 и 14,8 ± 3,0% соответственно, $p \leq 0,001$). Следует отметить, что это в основном были пациенты, у которых первой диагностирована ВИЧ-инфекция.

Результаты ДСТ представлены в таблице. Высокая (гиперергическая и выраженная) чувствительность к препарату отмечалась у абсолютного большинства пациентов с положительным результатом пробы в 1-й и 2-й группах.

Таблица

Результаты пробы с диаскинестом у наблюдавшихся пациентов

Результаты ДСТ	1-я группа (n = 36) абс/%		2-я группа (n = 54) абс/%		p	Всего
Отрицательный	9	25,0 ± 7,2	35	64,0 ± 6,5	≤ 0,001	44
Сомнительный	4	11,1 ± 3,3	4	7,4 ± 2,1	≥ 0,05	8
Положительный	23	63,9 ± 8,0	15	27,8 ± 4,2	≤ 0,001	38
Гиперергический	12	33,3 ± 5,7	10	18,5 ± 3,4	≤ 0,05	22
Выраженный	10	27,8 ± 5,2	5	9,3 ± 2,4	≤ 0,001	15
Средний	1	2,8				1

Следует отметить, что у лиц с CD4 < 350 кл/мкл высокая чувствительность к ДСТ определялась в 1-й группе у 14 (38,9 ± 6,2%) больных, во 2-й группе – у 13 (24,1 ± 4,0%), $p \leq 0,05$, а с CD4 > 350 кл/мкл – в 22,2 ± 4,6 и 3,7 ± 1,4% соответственно, $p \leq 0,001$. У 25,0 ± 7,2% больных 1-й группы была анергия, скорее всего обусловленная иммунодефицитом (все пациенты с CD4 < 350, в среднем 148,7 ± 31,7 кл/мкл), в том числе было и 6 пациентов с прогрессирующим туберкулезом и 3 – с клинически излеченным туберкулезом легких. Из 2-й группы 27 пациентов имели отрицательную пробу при CD4 < 350 кл/мкл

а 8 при – CD4 > 350. Сомнительные результаты встречались только у пациентов с CD4 < 350 (108,7 ± 27,6 и 161,3 ± 62,1 соответственно 1-й и 2-й групп, $p \leq 0,05$). Таким образом, проба ДСТ у пациентов с ВИЧ позволяет в 63,9 ± 8,0% случаев подтвердить активный туберкулез. Положительный результат ДСТ возможно следует использовать для отбора лиц с ВИЧ-инфекцией для превентивного лечения туберкулеза, особенно при высокой чувствительности к препарату, так как она независимо от степени иммунодефицита достоверно чаще встречалась у пациентов с сочетанной патологией.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

М. В. ПРИМКУЛОВА, Т. В. ПЬЯНЗОВА

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России

В Кемеровской области, как и в РФ в целом, происходит ежегодное увеличение числа больных с сочетанной патологией – туберкулез (ТБ) и ВИЧ-инфекция (ВИЧи). Это способствует росту генерализованных форм туберкулеза с поражением центральной нервной системы (ЦНС).

Цель исследования: изучение особенностей диагностики туберкулеза ЦНС у больных с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проанализированы все случаи туберкулезного менингита у больных ВИЧи (60 человек), проходивших лечение в Ке-

меровском областном клиническом противотуберкулезном диспансере за период с января 2009 по май 2014 г. Кроме общеклинических методов, проводили исследование: спинномозговой жидкости и мокроты на *M. tuberculosis* (МБТ) методами бактериоскопии, посева на твердые питательные среды и ПЦР (ТБ-Биочип GeneXpert), а также ПЦР ликвора на инфекции: цитомегаловирус, вирус простого герпеса, криптококки, вирус Эпштейна – Барр.

Результаты. Отмечается ежегодный рост числа больных с ВИЧи с туберкулезным поражением