Таблица

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Результат лечения</th>
<th>Группы больных</th>
<th>( p )</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1-я (n = 12)</td>
<td>2-я (n = 15)</td>
</tr>
<tr>
<td>Прекращение бактериовыделения</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Сокращение бактериовыделения</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Закрытие кожно-слизистого риспа</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Сокращение папулы риспа</td>
<td>5</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Прогрессирование процесса</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Примечание: * — TTF.

случаев не было. Осложнение клапанной бронхообструкции 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 назначения эндобронхиального клапана, затем проведена повторная бронхообструкция.

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

ПРОБА С ДИАСКИНИТЕСТОМ У ЛИЦ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Л. В. ПОДЛЯННАЯ, Т. И. ЧИХУРОВА, О. В. ИГОНИНА, В. А. ДОМЯНЯ

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

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

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

Материалы и методы. Результаты кожной пробы с ДНК-диагнозом (DST) изучали у 90 пациентов с ВИЧ-инфекцией, направленных в противотуберкулезный диспансер в 2013-2014 гг. Всем пациентам проводили клинико-рентгенологическое обследование: сбор анамнеза, физикальное обследование, обзорную рентгенограмму, ТМГ/МСКИ, исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (MBT), DST. Результаты DST оценивали согласно рекомендациям: отрицательный (накопление точек), сомнительный (пенициллин), положительный (папула 3 мм и более). По степени чувствительности: слабая (папула 3-5 мм), средняя (папула 5-9 мм), выраженная (папула 10-14 мм), гипертрофическая (папула 15 мм и более). Наблюдаемым лицам было в возрасте от 23 до 52 лет. Мужчины составили 69% (n = 62), женщины — 31% (n = 28). У 72 (80%) наблюдаемых 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 = 226,6 ± 18,85 кл/мкл. У 36 больных диагностировали туберкулез органов дыхания, а также туберкулез интегральной локализации. В структуре клинических форм регистрировали: туберкулез внутритрахеальных лимфатических узлов — 4 случая, милиарный — 1, диссеминированный — 11, очаговый — 6, инфильтративный — 5, экссудативный туберкулез плеора — 4 случая. У 2 пациентов был туберкулез венозных лимфатических узлов. У 3 пациентов установлены осточные изменения клинически значимого туберкулеза. Прогрессирующий процесс имел место у 17 (47,2%) больных.

В 8 (22,2%) пациентов установлено бактериовыделение, из них у 7 — множественная лекарственная устойчивость МБТ. Для достижения цели наблюдения пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 36 больных с сочетанной патологией туберкулеза и ВИЧ-инфекции, 2-я группа — больные ВИЧ-инфекцией без туберкулеза. В 1-й и 2-й группах превалировали мужчины (составили 5/3 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 установило у 4 (26,7 ± 8,0%), что было реже, чем при одновременном выявлении двух патологиях (р ≤ 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), р ≥ 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), р > 0,05, т. е. основную долю наблюдаемых 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, р ≤ 0,001). Следует отметить, что это в основном были пациенты, у которых первым диагностирована ВИЧ-инфекция.

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

Таблица

<table>
<thead>
<tr>
<th>Результаты пробы с дигантитом у наблюдаемых пациентов</th>
<th>1-я группа (n = 36)</th>
<th>2-я группа (n = 54)</th>
<th>p</th>
<th>Всего</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Стрептомицин</td>
<td>9</td>
<td>35</td>
<td>&lt;0,001</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Сульфадиазин</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>≥0,05</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Тетрациклиновый</td>
<td>4</td>
<td>15</td>
<td>&lt;0,001</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Калиятетрациклин</td>
<td>12</td>
<td>10</td>
<td>≤0,05</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Эфферентный</td>
<td>10</td>
<td>5</td>
<td>&lt;0,001</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Средний</td>
<td>1</td>
<td>2,8</td>
<td></td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Следует отметить, что у лиц с CD4 < 350 кл/мкл высокая чувствительность ДСТ определялась в 1-й группе у 14 (38,9 ± 6,2%) больных, во 2-й группе – у 13 (24,1 ± 4,0%), р ≤ 0,05, а с CD4 > 350 кл/мкл в 22,2 ± 4,6 и 37 ± 4,4% соответственно, р ≤ 0,001. У 25,0 ± 7,2% больных 1-й группы была аперитив, скорее всего обусловлена иммунодефицитом (все пациенты с CD4 < 350, в среднем 148,7 ± 37,7 кл/мкл), в том числе было и 6 пациентов с прогрессирующим туберкулезом и 3 – с клинически установленным туберкулезом легких. Из 2-й группы 27 пациентов имели отрицательную пробу при CD4 < 350 кл/мкл, а 8 при – CD4 > 350. Соматические результаты встречались только у пациентов с CD4 < 350 (108,7 ± 27,6 и 161,3 ± 62,1 соответственно 1-й и 2-й группы, р ≤ 0,05). Таким образом, пробы 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, т.к. она независи- мо от степени иммунодефицита достоверно чаще встречается у пациентов с сочетанной патологией.

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

М. В. ПРЯМУХОВА, Т. В. ПЬЯНЗОВА

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава Россия

В Кемеровской области, как и в РФ в целом, происходит ежегодное увеличение числа больных с сочетанной патологией – туберкулез (ТБ) и ВИЧ-инфекция (ВИЧ). 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 ВИЧ (60 человек), проходивших лечение в Кемеровском областном клиническом противотуберкулезном диспансере за период с января 2009 по май 2014 г. Кроме общепринятых методов, проводили исследование: спинномозговой жидкости и мокроты на M. tuberculosis (МБТ) методами бактериоскопии, посева на твердые питательные среды и ПЦР (ТБ-Геник, GeneXpert), а также ПЦР лихвора на инфекцию: цитомегаловирус, вирус простого герпеса, криптококков, вирус Эпштейна – Барр.

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