

Среди этих 30 больных 8 (26,7%) – проведена проба с 2 ТЕ ППД-Л, из них 4 имели положительную пробу с диаскинтестом, 16 (53,3%) – проба с 10 ТЕ ППД-Л и 6 (20,0%) – проба с 20 ТЕ ППД-Л.

Более выраженные реакции с диаметром папулы от 11 до 17 мм были у 11 (26,8%) больных, 7 из них ввели дозировку 10 ТЕ, а 4 – 20 ТЕ ППД-Л. В то время как при введении больным туберкулина в дозе 2 ТЕ ППД-Л таких выраженных реакций не отмечалось.

Из представленных данных следует, что наиболее эффективными оказались пробы с 10 ТЕ ППД-Л, на которые положительно реагировали около половины пациентов (23 из 41 – 56%), и 20 ТЕ, на которые положительно реагировали 10 наблюдаемых из 41 – 24,4%. У 22 из 33 лиц ответные реакции были слабоположительные, а у 11 – положительные.

У 28 (68%) из 41 больного положительные и слабоположительные туберкулиновые реакции соответствовали сохраняющемуся клеточному иммунитету, о чем свидетельствовали удовлетворительное общее состояние пациентов и умеренное содержание в крови CD4⁺-лимфоцитов (от 300 до 500 кл./мкл).

Анализ состояния 66 (61%) больных с отрицательной реакцией на туберкулиновые пробы (2 ТЕ, 10 ТЕ, 20 ТЕ) показал, что количество CD4⁺-лимфоцитов в крови у 19 человек было менее 100 кл./мкл, у 21 – от 100 до 200 кл./мкл и у 10 – от 200 до 300 кл./мкл. У 16 пациентов количество CD4⁺-лимфоцитов было выше 350 кл./мкл. Больные имели преимущественно поздние стадии

ВИЧ-инфекции (III стадия – у 8 пациентов, IVA – у 22, у 36 – IVБ и IVВ стадии). ВААРТ получали только 4 больных. Следует отметить, что существенных жалоб эти лица не предъявляли, но вместе с тем у 41 из них отмечались симптомы хронической интоксикации (снижение аппетита и массы тела, бледность кожных покровов). У 17 пациентов были клинические проявления вторичных заболеваний (пневмоцистная пневмония, кандидоз слизистых, ВИЧ-ассоциированные заболевания нервной системы с неврологической симптоматикой). У 28 из них отсутствовала приверженность к лечению, они систематически уклонялись от посещения лечебного учреждения (СПИД-центра) и нерегулярно принимали противовирусные препараты.

Всем больным с положительной реакцией на туберкулин в целях профилактики развития туберкулеза были назначены противотуберкулезные препараты (изониазид и пиразинамид). Длительность их приема к настоящему времени составила около 6 мес. В этот период заболевания туберкулезом среди них не было.

Заключение. Из проведенных наблюдений следует, что иммунный ответ на разведение туберкулина (2 ТЕ, 10 ТЕ, 20 ТЕ ППД-Л) сохраняется у больных с количеством CD4⁺-лимфоцитов в крови преимущественно от 300 до 500 кл./мкл. Увеличение концентрации туберкулина с 2 ТЕ до 10 и 20 ТЕ ППД-Л у пациентов с ВИЧ-инфекцией повышает эффективность выявления лиц, инфицированных МБГ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЛЕГКОЙ И УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНЬЮ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В. СКАЛЕЦКАЯ, К. МАРТЫНЮК, Ю. СИМИОНИКЭ, А. МОСКОВЧУК,
О. КАРАЯНИ, В. СИМИОНИКЭ, Н. НАЛИВАЙКО

Институт Фтизиопульмонологии «Кирилл Драгашок», Кишинев Республика Молдова

Цель работы: определение и сравнение показателей бронхиальной проходимости, статических объемов и диффузионной способности легких у 152 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с легкой и умеренной степенью легочной гипертензии.

Материалы и методы. Спирометрию, бодиплетизмографию, определение диффузионной способности легких (DLCO) проводили на оборудовании Master Screen-Body (Erich Jaeger GmbH, Германия, 2011). Определение ДЛА_{сст.} (среднесистолическое артериальное давление в легочной артерии) выполняли с помощью метода доплер-ЭхоКГ.

Результаты. Из 152 пациентов с различной степенью тяжести ХОБЛ у 89% (136 пациентов)

отмечалась легкая степень легочной гипертензии (ДЛА_{сст.} < 55 мм рт. ст.), у 11% (16 пациентов) отмечалась умеренная степень легочной гипертензии (ДЛА_{сст.} > 55 мм рт. ст.). У пациентов с легкой степенью легочной гипертензии отмечались резко выраженные нарушения вентиляционной функции легких: резкое увеличение бронхиального сопротивления $R_{\text{tot}} = 287,08 \pm 22,63\%$; значительное и резкое снижение динамических объемов и скоростных показателей бронхиальной проходимости $FVC = 54,24 \pm 1,72\%$, $FEV_1 = 35,97 \pm 1,40\%$, $IG = 52,08 \pm 0,95\%$, $PEF = 26,67 \pm 1,12\%$, $MEF_{25} = 20,04 \pm 0,98\%$, $MEF_{50} = 17,24 \pm 0,99\%$, $MEF_{75} = 20,68 \pm 1,04\%$, $MEFM_{75/25} = 20,57 \pm 1,05\%$, $ERV = 35,04 \pm 2,16\%$, $IC = 83,13 \pm 2,71\%$; резко выраженная гиперинфляция легких;

VR = $247,39 \pm 15,08\%$, FRCpleth = $167,07 \pm 10,25\%$, TLC = $112,87 \pm 29,71\%$ со значительным уменьшением трансфер-фактора легких DLCOc = $52,69 \pm 3,86\%$. У пациентов с умеренной степенью легочной гипертензии отмечаются более резко выраженные нарушения вентиляционной функции легких: в три раза увеличенное бронхиальное сопротивление $R_{tot} = 614,50 \pm 159,34\%$, значительно резкое снижение показателей бронхиальной проходимости FVC = $46,77 \pm 4,24\%$; FEV₁ = $29,01 \pm 2,83\%$; ПГ = $49,53 \pm 2,71\%$; PEF = $21,60 \pm 2,37\%$; MMEF_{75/25} = $17,88 \pm 1,94\%$; MEF₂₅ = $17,48 \pm 1,81\%$; MEF₇₅ = $15,01 \pm 1,78\%$; MEF₅₀ = $18,54 \pm 2,29\%$; ERV₅₀ = $31,38 \pm 7,64\%$; IC = $77,09 \pm 9,06\%$ с тенденцией к уменьшению остаточного объема легких VR = $195,08 \pm 76,53\%$,

FRCpleth = $138,37 \pm 52,23\%$ и увеличению общей емкости легких TLC = $128,98 \pm 16,14\%$ со значительным уменьшением диффузионной способности легких до DLCOc = $45,83 \pm 2,54\%$.

Заключение. Изучение соотношения функциональных показателей вентиляционной функции легких, DLCOc и показателя среднесистолического давления в легочной артерии (ДЛА_{ср}) при ХОБЛ различной степени тяжести показало нарастание функциональных нарушений обструктивного характера у пациентов с умеренной степенью легочной гипертензии с тенденцией к резкому снижению динамических и статических объемов и трансфер-фактора легких, означающее, что у пациентов с умеренной степенью легочной гипертензии эластические свойства легких претерпевают более резкие изменения.

МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Е. С. СКВОРЦОВА, Е. А. БОРОДУЛИНА, Р. Р. ДАВЫДОВА, С. В. УХАНОВА

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования: изучить особенности коморбидности инфильтративного туберкулеза легких (ИТЛ), язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (ЯБ), ВИЧ-инфекции.

Методы исследования. Обследовано 392 пациента с ИТЛ, находившихся на лечении в стационарном отделении СОКПТД в 2010-2013 гг., предъявлявших жалобы на диспепсию. Критерии включения: установленный на ЦВК диагноз ИТЛ (как наиболее часто диагностируемая форма ТЛ), ВИЧ-инфекция с количеством CD4 менее 500 кл./мкл, но более 200 кл./мкл (CD4 – 14-28%). Наличие верифицированной при фиброгастродуоденоскопии ЯБ. Возраст 20-44 года, отсутствие осложнений ЯБ. Информированное согласие на участие в исследовании. Диагноз формулировался в соответствии с МКБ-10. Клиническое обследование включало осмотр, сбор жалоб и анамнеза, выявление контакта с больным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, проведение физикальных методов обследования, рентгенологическое исследование легких, исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) методом микроскопии по Цилю – Нельсону и методом посева на стандартную среду Левенштейна – Йенсена. Все исследования проводили по общепринятым методикам. Диагноз ВИЧ-инфекции подтверждали индикацией в крови специфических антител методом твердофазного ИФА, при получении первичного положительного результата выполняли референс-диагностику с помощью иммуноблота. Клинические стадии ВИЧ-инфекции определяли по классификации В. И. Покровского, утверж-

денной приказом МЗ РФ № 166 от 17.03.2006 г. и рекомендованной для применения в России. Диагностика ЯБ базировалась на классических критериях и осуществлялась с учетом клинко-эндоскопических, функциональных и морфологических данных. Интенсивность диспепсического синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), где 0 – отсутствие, а 10 – максимально выраженный признак. Определение *H. pylori* проводили с помощью дыхательного уреазного теста и подтверждали гистологически. Язвы 12-перстной кишки, не рубцующиеся свыше 4 нед., и язвы желудка со сроками рубцевания более 6 нед. относили к трудно рубцующимся язвам.

При статистической обработке определялись средние значения с ошибкой. С учетом небольшого объема наблюдений в отдельных подгруппах при статистических расчетах применяли формулы для малых групп. Использовали непараметрический метод статистической обработки – критерий Манна – Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05. Математическую обработку результатов исследования проводили с помощью статистического пакета программ SPSS 15.0 для Windows.

Результаты исследования. В группу, соответствующую критериям отбора, вошли 46 пациентов с ИТЛ, ВИЧ-инфекцией и ЯБ, они разделены на 2 подгруппы: ЯБ *H. pylori*-позитивная – 27 человек; ЯБ *H. pylori*-негативная – 19 человек.

На 1-м этапе изучены клинические проявления ТЛ. Все пациенты предъявляли жалобы на общую слабость (100%), на одышку с затрудненным вдо-