МУЛЬТИПОРОБНОСТЬ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЮЗА ЛЕГКИХ, ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ВИЧ-ИНФИКЦИИ

Е. С. СКВОРОЦОВА, Е. А. БЕРОДУЛИНА, Р. Р. ДАВЫДОВА, С. В. УХАНОВА
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

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

Методы исследования. Обследовано 392 пациента с ITL, находившихся на лечении в стационарном отделении СОКПД в 2010-2013 гг., предъявлявших жалобы на диспепсию. Критерии включения: установление на ЦВК диагноз ИТЛ (как наиболее часто диагностируемая форма ТЛ), ВИЧ-инфекцией с количеством СД4 менее 500 кл./мкл, более 200 кл./мкл (СД4 – 14-28%). Наличие верификации при фиброгастродуоденоскопии ЯБ. Возраст 20-44 года, отсутствие осложнений ЯБ. Информированное согласие на участие в исследовании. Диагноз формировался 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 индикациями в крови специфических антител методом твердофазного ИФА, при получении положительного результата выполняли референс-диагностику с помощью иммуноблота. Клинические стадии ВИЧ-инфекции определяли по классификации В. И. Покровского, утвержденной 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 клинико-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 урезного теста и подтверждали гистологически. Язвы двенадцатиперстной и двенадцатиперстной кишки, не рубцующиеся свыше 4 нед., и язвы желудка со сроками рубцования 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.


На 1-м этапе изучены клинические проявления ТЛ. Все пациенты предъявляли жалобы на общую слабость (100%), на одышку с затрудненным вдо-
Рост распространенности ВИЧ-инфекции на фоне высокой инфицированности населения возрастает ускорением как абсолютного числа больных с открытыми патологиями — туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ), так и их доли среди впервые выявленных больных туберкулезом. Федеральные протоколы по превентивному лечению туберкулеза (ППТ) у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ), отсутствуют.

Цель исследования: разработать протокол ППТ для ЛЖВ с подтвержденной или предполагаемой латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ) для предупреждения развития активного туберкулеза.

Материалы и методы. Проанализированы данные по пациентам с ВИЧ-инфекцией, состоящим на диспансерном учете у фтизиатра на 01.06.2014 г. — 124 пациента. Изучен опыт работы территорий РФ и международных организаций (ВОЗ, CDC, RSA).

Результаты. Из 124 пациентов, состоящих на учете у фтизиатра, у 87 (70,2%) ВИЧ-инфекция предшествовала туберкулезу, у 26 пациентов...