

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 = $15,01 \pm 1,78\%$; MEF₂₅ = $18,54 \pm 2,29\%$; 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-

хом – 24 (52,2%) больных, 6 (13,0%) – жаловались на боль в грудной клетке, 14 (30,4%) – на потливость, отмечали снижение массы тела за последние 3 мес. – 26 (56,5%) человек (до 10% от исходной массы тела – 15 (32,6%) и более 10% от исходной – 11 (23,9%) пациентов), чаще предъявляли жалобы на расстройство стула – 14 (30,4%), повышалась температура тела у 24 (52,2%) ($p < 0,05$), начало заболевания было малосимптомным – у 18 (39,1%) ($p < 0,05$) лиц. По результатам рентгенологического обследования поражение легких было односторонним у 28 (60,9%) человек, двухсторонним – у 18 (39,1%), верхнедолевая локализация – у 40 (87%) пациентов, поражение 1-2 сегментов легких – у 29 (63%), поражение 3 сегментов и более – у 17 (37%) больных, фаза распада – у 25 (54,3%), деструкция у подавляющего числа пациентов была единичной, у 12 (26,1%) больных определялись очаги отсева, у 16 (34,8%) – были рентгенологические признаки поражения плевры. МБГ обнаруживались у 33 (71,7%) пациентов. Для пациентов характерно малосимптомное начало заболевания (ИТЛ) и доминирование в структуре жалоб общей слабости и диспепсических явлений.

На 2-м этапе исследования изучены эндоскопические проявления ЯБ, у 26 (56,5%) пациентов диагностировалась ЯБ 12-перстной кишки, а у 20 (43,5%) – ЯБ желудка, имели *H. pylori*-ассоциированную ЯБ 27 (58,6%) больных, *H. pylori*-негативную ЯБ – 19 (41,3%) человек.

На 3-м этапе оценили динамику ИТЛ. Преимущественно положительная динамика отмечалась в группе пациентов с ИТЛ в сочетании с *H. pylori*-позитивной ЯБ. Длительность химиотерапии составила $10,15 \pm 0,59$ мес., у 10 (37%) пациентов было прогрессирование ИТЛ. Рецидивирование ЯБ отмечалось у 3 (11,1%) больных

данной подгруппы. Через 12 мес. от начала наблюдения регистрировался диспепсический синдром, оцениваемый по шкале ВАШ в $1,57 \pm 0,38$ балла. В подгруппе пациентов с *H. pylori*-негативной ЯБ полости распада в легких закрылись у 5 (26,3%) больных. Улучшение клинической и рентгенологической симптоматики ИТЛ определялось у 5 (26,3%) пациентов. Сроки заживления полостей распада составили $10,82 \pm 2,18$ мес. Длительность химиотерапии у пациентов с зажившими полостями распада составила $10,54 \pm 0,62$ мес. У 9 (47,4%) пациентов наблюдалось прогрессирование ИТЛ. Через 12 мес. от начала наблюдения регистрировался диспепсический синдром, оцениваемый в $2,71 \pm 0,6$ балла, у 18 (94,7%) больных. В течение года у пациентов сохранялся выраженный астенический и диспепсический синдром. За 12 мес. наблюдения в подгруппе ВИЧ-инфекция, ИТЛ, *H. pylori*-позитивная ЯБ наблюдалось более заметное снижение интенсивности диспепсических проявлений ($p < 0,05$) по сравнению с подгруппой ВИЧ-инфекция, ИТЛ и *H. pylori*-негативная ЯБ.

Выводы. 1. Для мультиморбидного сочетания туберкулеза легких, ВИЧ-инфекции и ЯБ характерны: малосимптомное начало туберкулеза, доминирование астенического синдрома, проявлений диспепсии, снижение массы тела у 56,5%, при этом у 23,9% больных более 10% от исходной за последние 3 мес.

2. ЯБ двенадцатиперстной кишки диагностируется несколько чаще (56,5%), чем ЯБ желудка (43,5%), *H. pylori*-ассоциированная ЯБ чаще (58,6%), чем *H. pylori*-негативная (41,3%).

3. У больных ВИЧ-инфекцией, ИТЛ и *H. pylori*-негативной ЯБ более часто встречается неблагоприятное течение ИТЛ, чем при тех же заболеваниях, но с *H. pylori*-позитивной ЯБ.

ВНЕДРЕНИЕ ПРОТОКОЛА ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ ЖИВУЩИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ВО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. Р. СОМОВА, Г. В. ВОЛЧЕНКОВ, Е. А. ВОЛКОВА

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области
«Областной противотуберкулезный диспансер»

Рост распространенности ВИЧ-инфекции на фоне высокой инфицированности населения возбудителем туберкулеза во Владимирской области сопровождается увеличением как абсолютного числа больных с сочетанной патологией – туберкулез и ВИЧ-инфекция (ТБ/ВИЧ), так и их долей среди впервые выявленных больных туберкулезом. Федеральные протоколы по превентивному лечению туберкулеза (ПЛТ) у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ), отсутствуют.

Цель исследования: разработать протокол ПЛТ для ЛЖВ с подтвержденной или предполага-

емой латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ) для предупреждения развития активного туберкулеза.

Материалы и методы. Проанализированы данные по пациентам с ВИЧ-инфекцией, состоящих 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