

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

(20,9%) одновременно диагностированы ВИЧ-инфекция и туберкулез, первоначально выявлен туберкулез у 10 (8,1%) пациентов, по 1 (0,8%) пациенту такой информации нет (прибыл из мест лишения свободы). По отчетным данным 2013 г., химиопрофилактика туберкулеза была проведена только 2 пациентам с ВИЧ-инфекцией (в 2011 г. – 8, в 2012 г. – 10).

Разработан протокол ПЛТ для ЛЖВ с подтвержденной или предполагаемой ЛТИ для предупреждения развития активного туберкулеза. В протоколе отражено, что в связи с высокой инфицированностью возбудителем туберкулеза населения региона все ЛЖВ, у которых отсутствуют симптоматика активного туберкулеза, являются кандидатами на проведение ПЛТ. Дополнительно к симптомам, предложенным российскими специалистами для скрининга на наличие жалоб и сим-

птомов, подозрительных на туберкулез, включен симптом – увеличение лимфоузлов.

Служба ВИЧ/СПИД, инфекционисты и врачи первичной медицинской помощи, осуществляющие диспансеризацию ЛЖВ, организуют ПЛТ при поддержке и активном участии фтизиатрической службы.

Определен алгоритм к назначению ПЛТ и антивирусной терапии. Пациентам, уже получающим АРВ-терапию, ПЛТ не назначают. Определен ежеквартальный мониторинг за ЛЖВ, получающими ПЛТ.

Заключение. Во Владимирской области в большинстве случаев (70,2%) ВИЧ-инфекция предшествует заболеванию туберкулезом, поэтому создание протокола ПЛТ у ЛЖВ является важным этапом борьбы с дальнейшим распространением туберкулеза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ – ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ СТАЦИОНАРА ПРИМОРСКОГО КРАЕВОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСERA)

П. Е. ФЕДОСЕЕВА, Н. С. НИКИФОРЕНКО

Приморский краевой противотуберкулезный диспансер, г. Владивосток

Цель исследования: охарактеризовать клинические аспекты больных с сочетанной патологией – туберкулез легких (ТЛ) и ВИЧ-инфекция – в Приморском крае.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации больных с ТЛ и ВИЧ-инфекцией (ТЛ/ВИЧ): истории болезни с результатами обязательных, дополнительных и факультативных методов исследования. В исследование включено 52 пациента, получавших лечение в стационаре Приморского краевого противотуберкулезного диспансера в 2012-2013 гг.

Результаты. У 74% больных впервые ТЛ был выявлен на фоне ВИЧ-инфекции, у 5,7% больных ТЛ и ВИЧ-инфекция выявлены одновременно, у 16,5% – рецидив туберкулеза легких развился на фоне ВИЧ-инфекции, у 3,8% – произошло обострение специфического процесса на фоне ВИЧ-инфекции. Туберкулез был выявлен у 45 (86,5%) человек при обращении за медицинской помощью, у 7 (13,4%) – в результате планового осмотра. Среди выявленных при обращении 88% больных уклонялись от диспансерного наблюдения у инфекциониста по месту жительства по поводу ВИЧ-инфекции.

Получали антиретровирусную терапию только 38,4%, и 65% из них – прервали ее. В 90,4% случаев отмечался парентеральный путь передачи ВИЧ и только в 9,6% – половой. Мужчины составили 78,2%, а женщины – 21,8%. Социальный статус больных

был различным: 32% больных имели постоянную работу, 5,7% – официальный статус безработного, 62,3% – не имели постоянной работы, среди которых 3,8% – были пенсионерами и 1,9% – инвалидами по туберкулезу или другому заболеванию.

По возрасту пациенты распределялись: от 21 до 30 лет – 13,5%, от 31 до 40 лет – 48,1%, от 41 до 50 лет – 34,6%, старше 51 года – 3,8%. Практически у всех больных имелись сопутствующие и вторичные заболевания: 91% больных имели хронические вирусные гепатиты, 94% – цитомегаловирусную инфекцию, 95,3% – вирус простого герпеса, 44,3% – токсоплазмоз, 65% – вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ), 3,8% – сахарный диабет, преимущественно 2-го типа, 1,9% – поражение нервной системы.

У больных были диагностированы следующие формы ТЛ: инфильтративная – 9,6%, диссеминированная – 76,9%, очаговая – 3,8%, плеврит – 5,7%, иное – 3,8%. Имели фазу распада легочной ткани 32 (61,5%) больных.

У 7 (13,5%) больных, помимо ТЛ, имелась и экстраторакальная локализация специфического процесса: у 2 (3,8%) человек – туберкулезный менингоэнцефалит, у 1 (1,9%) больного – туберкулез позвоночника, седалищной кости и мочеполовой системы, у 3 (5,7%) больных – туберкулез периферических лимфатических узлов, у 1 (1,9%) больной – туберкулез суставов.

По стадиям ВИЧ-инфекции картина была следующей: 4А стадия – у 5,7%, 4Б стадия – у 42,3%,