

4В стадия – у 44,2%, 5-ю стадию имели 7,6% больных.

В большинстве случаев заболевание туберкулезом носило острый характер – 82,7%, подострое течение отмечалось у 15,4% больных, инанперцетное – у 1,9% больных. Клиническое течение характеризовалось появлением гектической лихорадки (76,9%), появлением и быстрым нарастанием одышки (48%), непродуктивным кашлем (44,2%), кашлем с мокротой (48%), туберкулезной интоксикацией различной степени выраженности (92,3%), экстраторакальными проявлениями в виде головной боли (3,8%), тошнотой и рвотой (1,9%), нарушением ориентации в месте и времени (1,9%).

При объективном обследовании больных выявлены физикальные изменения у 42 (80,7%) пациентов. Анализ лабораторных методов исследования показал, что у 50 (96,1%) больных наблюдалась лимфоцитопения, анемия – у 42 (80,7%) больных, умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле – у 33 (63,4%) больных. Увеличение ALT и AST – у 26 (50%) больных. Определена лекарственная устойчивость возбудителя к противотуберкулезным препаратам (ПТП): к 1 ПТП – у 9,6% больных, к 2 ПТП – 13,5%, к 3

ПТП – у 5,7%. Множественная лекарственная устойчивость возбудителя выявлена у 13,5% больных.

Заключение. Среди больных с сочетанной патологией (ТЛ/ВИЧ) преобладали впервые выявленные больные (79,7%), мужчины составляли 78,2%, из клинических форм преобладал диссеминированный туберкулез легких (76,9%) с наличием деструкции легкого (61,5%), преимущественно с 4Б (42,3%) и 4В (44,2%) стадиями ВИЧ-инфекции. Из них 90% составляли бывшие либо настоящие потребители инъекционных наркотических веществ, уклоняющиеся от наблюдения и лечения по поводу ВИЧ-инфекции (88%) с сопутствующими и вторичными заболеваниями (100%). Клиническая картина туберкулеза у этих больных характеризовалась острым течением (82,7%) с выраженными признаками туберкулезной интоксикации (92,3%), жалобами пациента на органы дыхания (92,2%). Экстраторакальные поражения отмечались в 13,5% случаев. В 42,3% случаев выявлялась лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза к лекарственным препаратам, в том числе множественная лекарственная устойчивость (13,5%).

ТУБЕРКУЛЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

В. А. ЦИНЗЕРЛИНГ^{1,2,3}, В. В. СВИСТУНОВ^{1,4,5}, А. Б. БУБОЧКИН¹

¹Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии,

²Санкт-Петербургский университет,

³Городской центр инфекционной патологии на базе ПАО ГУКИБ им. С. П. Боткина,

⁴Иркутский государственный медицинский университет,

⁵Муниципальная клиническая больница № 1 г. Иркутска

ВИЧ-инфекция в сочетании с туберкулезом продолжает оставаться значимой медицинской проблемой, приводящей к высокой летальности.

Цель исследования: анализ особенностей морфологических проявлений при сочетании туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Проведен анализ аутопсийных наблюдений туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией 63 больных, умерших в КИБ им. С. П. Боткина в 2012 г., и 63 умерших в соматических стационарах г. Иркутска за период 2008–2012 гг.

Результаты. Показано, что туберкулез явился ведущей причиной смерти в 51,6% случаев у больных с ВИЧ-инфекцией в г. Санкт-Петербурге. В отдельных наблюдениях клинический диагноз не был обоснован. В настоящее время отсутствуют абсолютно надежные методы выявления микобактерий туберкулеза (МБТ) в тканях. Клинико-морфологические проявления туберкулеза были весьма разнообразны и преимущественно представляли собой генерализованные формы и зачастую не укладыва-

лись в имеющиеся классификации. Большое значение имели поражения туберкулезом ЦНС (22,4%) и кишечника (15,3%), которые практически не распознаются клинически.

По данным г. Иркутска, среди штаммов МБТ у умерших больных преобладали (70%) относящиеся к генотипу Beijing.

Анализ собственных данных подтверждает преимущественно альтеративные поражения в случаях сочетанного процесса, что обсуждается в источниках литературы. Особые трудности как в клинической, так и патолого-анатомической диагностике возникают в соматических стационарах, где в качестве манифестирующих симптомов нередко выступают перитонит и менингоэнцефалит.

Большое значение при сочетанной патологии имеют исследования: влияние генотипа МБТ на характер клинико-морфологических проявлений заболевания; оптимизация выявления МБТ в тканях; истинная роль микобактериозов и их клинико-морфологическая характеристика; взаимное

влияние возбудителей при сочетании многих их них. Особенно сложной, но весьма значимой является как клиническая, так и морфологическая дифференциация поражений разного генеза в головном мозге (до 5 одновременно, по нашим данным). Необходимо внести уточнения в существующие морфологические классификации туберкулеза с

учетом установленных особенностей проявления сочетанной инфекции.

Заключение. Теоретические и практические аспекты сочетанного течения ВИЧ-инфекции и туберкулеза нуждаются в дальнейшем комплексном изучении с обязательным морфологическим анализом.

НАРКОМАНИЯ КАК ФАКТОР, ОТЯГОЩАЮЩИЙ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

И. Л. ЦЫГАНКОВ, Б. Е. БОРОДУЛИН, О. Э. ЧЕРНОВА, Е. С. ВДОМШКИНА, Т. Н. МАТКИНА

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель исследования: оценить влияние наркомании на проблему туберкулеза (ТБ) у больных ВИЧ-инфекцией (ВИЧ) в городе с высоким распространением ВИЧ на примере г. Тольятти.

Материалы и методы. Проведен анализ статистических данных, амбулаторных карт и стационарных карт больных с ТБ/ВИЧ методом сплошной выборки за период 2012-2013 гг. в туберкулезной больнице г. Тольятти. Диагноз ТБ устанавливали на основании традиционных методов диагностики. Диагноз ВИЧ подтверждался с помощью иммуноблота в лаборатории ТПЦ СПИД. Клинические стадии ВИЧ определяли по классификации В. И. Покровского. Микобактерии туберкулеза (МБТ) определяли методом скопии и посева мокроты с дальнейшим определением лекарственной устойчивости (ЛУ). Диагноз наркомании подтверждался наркологом.

Критерии включения в группу – диагноз ТБ, утвержденный на ЦВК, ВИЧ, подтвержденная иммуноблоттингом, наркомания, подтвержденная наркологом (принимали наркотики в прошлом или принимают по настоящее время). Управление данными и анализ данных проводили с использованием статистического пакета SAS software, версия 8.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC).

Результаты исследования. В течение года в отделении было 236 больных ТБ/ВИЧ. Средний возраст пациентов – $31,0 \pm 4,7$ года. Были наркоманами 164 (69,5%) пациента. Все они инфицировались ВИЧ при внутривенном применении наркотиков, средний возраст составил $28,6 \pm 2,6$ года, мужчин было 128 (78%), женщин 36 (22%), соотношение 3,5 : 1 ($p < 0,05$). При изучении анамнеза выявлено, что инфицировались ВИЧ в 2000-2002 гг. 50,7% больных, в 2003-2008 гг. – 33,7%, в 2009-2012 гг. – 15,6%. При этом изначально выявлена ВИЧ у 50% больных, ТБ – у 26%, выявлены одновременно оба заболевания у 24% больных. ТБ чаще выявлялся при активном обращении за медицинской помощью в общую лечебную сеть 78,7% (129), при проверочной флюо-

рографии 17,6% (29), в СПИД-центре 3,7% (6). Из всех пациентов ранее находились в заключении – 41,5% (98). По оценке социального статуса установлено, лица БОМЖ составили 19% (31).

Изучены клиничко-анамнестические данные. Более половины больных имело острое начало ТБ – 52,4% (86), подострое начало – 37,2% (61). При оценке клинических проявлений кашель был чаще без мокроты – 53,0%, повышенная (субфебрильная и фебрильная) температура – 79,1%, жалобы на слабость – 96,3%. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто выявлялся вирусный гепатит С (83%), который у половины пациентов сочетался с гепатитом В.

При изучении локализации процесса в легких отмечались двухсторонние поражения (42%), при этом почти в 30% встречалась средне- и нижнедолевая локализация процесса, значительно усложняющие диагностику ТБ на раннем этапе. МБТ обнаруживались в 46,9% (77), методом микроскопии (13,6%). ЛУ МБТ среди бактериовыделителей была у 42,8% (33), из них МЛУ – в 27,2% (9). Деструктивные процессы были в 10,4% (17), выявлена четкая зависимость частоты распада и формирования каверн от уровня CD4-лимфоцитов – чем ниже уровень CD4-лимфоцитов, тем реже частота распада легочной ткани и наличие бактериовыделения ($ОШ = 1,87$; $p < 0,05$). В процессе обследования установлены диагнозы: инфильтративный ТБ – 22,6% (37); диссеминированный – 48,8% (80); милиарный – 27,4% (45), казеозная пневмония – 1,2% (2). В большинстве случаев на диагностику ТБ уходило от двух недель до полутора месяцев.

Уровень абсолютного числа CD4⁺-лимфоцитов менее 350 кл./мкл был у пациентов в 78,04%. Антитретовирусная терапия (АРВТ) проводилась у 17% (28) больных, средняя ее длительность составила 1,1 года. Отмечалась низкая приверженность больных к АРВТ. Прерывание лечения и нарушение режима лечения среди пациентов было в 41% (67) случаев. Умерло за период наблюдения 78%