

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%

(128 человек). Основной причиной неблагоприятного исхода можно считать продолжение приема наркотиков на фоне наступающего клинического улучшения, что отмечено в 88% (113 человек). Среди умерших больных диссеминированный и милиарный ТБ был в 87% (112 человек), диагноз подтвержден на аутопсии. Среди умерших преобладали мужчины – 88,3% (113), при этом умерли вскоре после выписки с улучшением из стационара 23,5% (30), остальные умерли в стационаре. У пациентов, умерших в стационаре, на вскрытии выявлено множественное поражение органов: почек 29%, печени 53%, кишечника 6%, выраженная кахексия 71%. При сопоставлении клинического и патолого-анатомического диагнозов выявлено, что диссеминация туберкулезных очагов встречается значительно чаще, чем это можно было определить рентгенологически. Непосредственной причиной смерти был отек головного мозга с вклиниванием ствола в большое затылочное отверстие. В течение года после выявления ТБ умерли 82,8% (106).

Заключение. Приверженность к наркомании выявлена у 70% пациентов с ТБ/ВИЧ, ранее находившихся в заключении 51,2%. У наблюдаемых пациентов отмечалась низкая приверженность (17%) к АРВТ, прерывание лечения и нарушение режима – в 41% случаев.

За период наблюдения в группе ТБ/ВИЧ, принимающих наркотики, умерло 78%, причем среди данной группы больных 88% продолжали употреблять наркотики в стационаре. У этой группы отмечалось множественное поражение органов и систем. Непосредственной причиной смерти у больных ТБ/ВИЧ, принимающих наркотики, до 79% являлся отек головного мозга с вклиниванием ствола в большое затылочное отверстие.

Проблема роста заболеваемости ТБ среди лиц с ВИЧ, принимающих наркотики в городе с высоким распространением ВИЧ, показывает, что это проблема не только фтизиатров, а также инфекционистов, наркологов, психологов и других специалистов.

АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИ ТЕКУЩИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А. Ю. ЧЕРНИКОВ, В. М. КОЛОМИЕЦ, Л. Г. ЗЕМЛЯНСКИХ

ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» Комитета здравоохранения Курской области

Цель исследования: изучить влияние реабилитационных программ на качество жизни и функциональные показатели больных с хронически текущим туберкулезом (ХТТ).

Материалы и методы. Исследование проводили в Курском областном противотуберкулезном диспансере. Выделены две группы пациентов с ХТТ по методу «копия-пара»: 1-я группа – пациенты, проходившие реабилитационный курс на базе поликлиники противотуберкулезного диспансера; 2-я группа – пациенты, отказавшиеся от данного курса по разным причинам. Критерии включения в группу: наличие ХТТ (фиброзно-кавернозная, цирротическая формы) со стабильным течением, согласие пациента на включение в исследование, мужской пол, возраст 30-50 лет, отсутствие хронических декомпенсированных сопутствующих заболеваний других органов. Численность каждой группы 40 человек. Средний возраст больных: 43 ± 3 года в 1-й группе, 45 ± 4 во 2-й. Образовательный ценз: высшее – 12,4; 5,6%; среднее специальное – 36,8; 28,1%; среднее – 41,2; 29,2%; неполное среднее – 9,8; 30,1%; начальное – 0,7; 0% соответственно. Семейное положение: разведен или холост – 34,5; 78,2% соответственно. Реабилитационный курс: образовательная программа и индивидуальная психологическая коррекция в «Школе больного туберкулезом»,

периодические курсы «сезонного» противотуберкулезного лечения с учетом чувствительности к препаратам, диетотерапия, адаптогены, антиоксиданты, стресс-тренирующая терапия, ингаляционная бронхолитирующая терапия (Ipratropium bromide* + Fenoterol*), дыхательная гимнастика. Образовательная программа включала 5 занятий: 1 – пациенту объяснялись механизмы развития туберкулеза, методы диагностики и лечения; 2 – разъяснялись профилактические мероприятия; 3 – проводились оценка и устранение никотиновой зависимости; 4 – объяснялись механизмы аутотренинга, лечебной физкультуры; 5 – проводились разъяснения по профориентации. Точки контроля: субъективная оценка пациентом своего состояния, опросник качества жизни NAIF, 6-минутный шаговый тест (6МШТ), динамика показателей функции внешнего дыхания по объему форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁) и дыхательному объему (ДО), оценка адаптации по методике Гаркави. Срок наблюдения – 6 мес. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica.

Результаты. Улучшение общего самочувствия в виде повышения физической работоспособности, уменьшения признаков дыхательной недостаточности отметили в 1-й группе 75%, во 2-й группе – 30% больных ($p < 0,01$); изменение парадигмы