

(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 вклинением 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 вклинением 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 ($ОФВ_1$) 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

социального поведения в виде отказа от никотина, снижения количества выкуриваемых сигарет; отказа от алкоголя – 45,0; 12,5% ($p < 0,01$); повышение качества жизни более чем на 10% – 52,5; 12,5% ($p < 0,01$); увеличение ОФВ₁ более чем на 10% – 25,0; 7,5% ($p < 0,05$); увеличение ДО более чем на 10% – 17,5; 5,0% ($p < 0,05$); увеличение расстояния более чем на 25 м при 6МШТ – 17,5; 2,5%

($p < 0,05$); увеличение количества реакций тренировки адаптации – 52,5; 22,5% ($p < 0,05$).

Выводы. Реабилитационные мероприятия повышают качество жизни, тренированность и социальный статус больных с ХТГ. Необходимо обязательно включать данные мероприятия в программу диспансерного наблюдения пациентов этой категории.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

И. П. ЧЕРНОВА, И. А. ЛАПЫРЕВА, Е. В. ФИЛИППОВА

ГБУЗ МО «Московский областной противотуберкулезный диспансер»

По данным ФНМЦ СПИДа, туберкулез является ведущим заболеванием у больных ВИЧ-инфекцией на стадии СПИДа (до 60%) и наиболее частой причиной смерти (около 50%). Пневмоцистная пневмония поражает больных на стадии СПИДа в 6-7% случаев и является причиной смерти в 16-17% случаев. По данным литературы, до 90% больных ВИЧ-инфекцией являются носителями пневмоцист. Учитывая данные статистики, можно предполагать, что с увеличением случаев туберкулеза и ВИЧ-инфекции фтизиатры все чаще будут встречаться с явлениями пневмоцистной пневмонии у пациентов, которая имеет определенные особенности клинических, рентгенологических и лабораторных проявлений и при отсутствии своевременной терапии приведет к летальному исходу.

Цель исследования: определить частоту возникновения пневмоцистной пневмонии у пациентов с ВИЧ-инфекцией, проходящих лечение по поводу туберкулеза, а также оценить эффективность лечения пневмоцистной пневмонии у больных этого контингента.

Материалы и методы. Исследование проводили на базе стационара «Сукманиха» ГБУЗ МО «МОПТД». Диагноз пневмоцистной пневмонии устанавливали: по клиническим (выраженный акроцианоз, одышка при незначительной физической нагрузке и в покое, кашель со скудным отделением пенистой мокроты, крепитация при аускультации), рентгенологическим («облаковидные» инфильтраты, расположенные в виде крыльев бабочки), лабораторным (уровень CD4⁺-лимфоцитов в крови, общий анализ крови, уровень ЛДГ) параметрам, также учитывали положительный эффект терапии *ex juxantibus*.

Лечение пневмоцистной пневмонии проводили бисептолом 480 в течение 21 дня по схеме: 4 ампулы бисептола 480 на физиологическом растворе внутривенно капельно в 12 ч и 18 ч, 4 таблетки бисептола 480 в 6 ч и в 00 ч внутрь. Обязательно как можно быстрее назначали антиретровирусную

терапию (АРВТ). При явлениях дыхательной недостаточности назначали глюкокортикостероиды (преднизолон в дозе 50-90 мг 2 раза в сутки), вдыхание увлажненного кислорода. У 1 больной имела место аллергическая реакция на бисептол, в связи с чем лечение проводили клиндамицином 300 мг внутримышечно и внутрь и примахином 30 мг в сутки внутрь.

Результаты исследования. С декабря 2012 г. по июнь 2014 г. (в течение 1 года 6 мес.) в стационаре прошли лечение 152 пациента с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Из них у 10 (6,58%) больных была пневмоцистная пневмония. Средний возраст этих пациентов – 36 лет (от 29 до 50 лет). Диагноз «пневмоцистная пневмония» у 8 пациентов установлен в нашем стационаре, у 2 – в других учреждениях здравоохранения. У 8 пациентов пневмоцистная пневмония сочеталась с диссеминированным и у 2 – с инфильтративным туберкулезом легких. Относились к I группе диспансерного учета (впервые выявленный туберкулез) 8 пациентов, ко IIa группе – 2 пациентов.

Клиника пневмоцистоза развилась на фоне противотуберкулезной терапии у 8 пациентов. Количество CD4⁺-лимфоцитов в крови у этих пациентов было ниже 200 кл/мкл, причем у 4 – менее 50 кл/мкл.

Ни один из 10 пациентов не получал бисептол 480 с профилактической целью, также не была назначена АРВТ к моменту возникновения у них пневмоцистной пневмонии.

Из 10 случаев 4 (40%) закончились летальным исходом, 6 (60%) – клиническим излечением пневмоцистоза, из них 3 больных выписаны на амбулаторное лечение со значительной положительной динамикой туберкулезного процесса, 3 – продолжают стационарное лечение туберкулеза.

Выводы. Частота сочетания туберкулезного процесса с пневмоцистной пневмонией у больных ВИЧ-инфекцией в стационаре за предыдущие полтора года составила 6,58%.