

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 juxta*.

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 развивалась 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%.

В структуре смертности пневмоцистная пневмония явилась причиной смерти 14,3% пациентов с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

Эффективность лечения пневмоцистной пневмонии у пациентов с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией составила 60%.

СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А. Г. ЧУЙКОВА, О. Н. БРАЖЕНКО

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

На кафедре фтизиопульмонологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова разработана методика определения состояния гомеостаза, которая использована в данном исследовании. Она заключается в определении типов адаптационных реакций (АР) и реактивности организма (РО) как критериев оценки состояния гомеостаза.

Цель исследования: оценка состояния типов АР и РО у больных сочетанной патологией – туберкулез и ВИЧ-инфекция (ТБ/ВИЧ).

Материалы и методы. В исследование включено 62 больных ВИЧ с инфильтративным или диссеминированным туберкулезом легких. Все больные получали противотуберкулезную терапию (ПТТ), а часть из них по показаниям получала еще высокоактивную антиретровирусную терапию.

Всем пациентам проводили клинико-рентгенологическое и иммунологическое обследования, а также определяли типы АР, РО, показатели лейкоцитолимфоцитарного индекса (ЛЛИ), типов РО по динамике типов АР, энтропии (Н) и избыточности (R) форменных элементов белой крови при поступлении на лечение.

Результаты. У здоровых людей наблюдаются, как правило, только полноценные типы АР: РА – 96%, РТ – 4%. Установлено, что в 100% случаев у больных ТБ/ВИЧ определяются только неполноценные типы АР: неполноценной реакцией тренировки (РТН), неполноценной реакцией активации (РАН), реакцией переактивации, реакцией стресс. Они проявлялись: лейкоцитозом или лейкопенией, эозинофилией или анэозинофилией, моноцитозом, токсической зернистостью нейтрофилов, палочкоядерным сдвигом нейтрофилов влево. При поступлении больных ТБ/ВИЧ до начала ПТТ

типы АР зависели от возраста, объема поражения легочной ткани, фазового состояния туберкулезного процесса, содержания CD4⁺-клеток и степени выраженности интоксикационного синдрома. Установлено, что неполноценные типы АР в 79% выявлялись у больных в возрасте до 40 лет, у 58% больных при туберкулезе в фазе распада и обсеменения, у 74% больных при поражении туберкулезом 2 сегментов и более, у 59% больных при содержании CD4 > 250 кл./мкл, у 72% больных – при умеренной туберкулезной интоксикации. На формирование типов АР не оказывали влияние форма туберкулезного процесса, ЛЛИ, Н и R форменных элементов белой крови.

При исследовании РО у 80% больных активным туберкулезом легких без ВИЧ определяется снижение реактивности организма. При исследовании РО у больных ТБ/ВИЧ по динамике типов АР установлено, что адекватный тип РО не встретился ни у одного больного. Парадоксальный тип РО определялся у 35 (56%) больных в начале лечения и у 40 (65%) больных в конце. Гиперреактивный тип реактивности был выявлен у 5 (8%) больных в начале лечения и у 3 (5%) – в конце. Гипореактивный тип РО был выявлен у 6 (9%) больных в начале лечения, у 5 (8%) – в конце. Ареактивный тип РО был у 16 (26%) больных в начале лечения, у 14 (23%) – в конце.

Выводы. У 100% больных с сочетанной патологией ТБ/ВИЧ наблюдались неполноценные типы АР и патологическая РО. Наиболее часто нарушения были при туберкулезе легких в фазе распада и обсеменения, в возрасте до 40 лет, при объеме поражения туберкулезным процессом 2 сегментов легкого и более.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ И ДИССЕМИНОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАНЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Г. В. ЧУМАЧЕНКО, И. Ю. БАБАЕВА

¹Государственное учреждение здравоохранения «Тульский областной противотуберкулезный диспансер № 1»

²ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

Туберкулез легких у больных ВИЧ-инфекцией протекает в виде различных клинических форм, имеющих свои особенности.

Цель: изучить особенности исходов инфильтративного (ИТЛ) и диссеминированного (ДТЛ) туберкулеза легких у больных ВИЧ-инфекцией