

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 обследование, 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, СОЧЕТАННЫМ 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