

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

для учета полученных данных в прогнозировании.

Материалы и методы. Изучены данные 592 больных, выявленных в Тульской области в период с 1995 по 01.01.2012 г. Возраст больных – от 19 до 64 лет, из них 437 (73,82%) – мужчины и 155 (26,18%) – женщины. Ранние стадии ВИЧ-инфекции установлены у 36 (6,08%) больных, поздние – у 556 (93,92%). Длительность наблюдения за больным составила от 0 (посмертное выявление) до 13 лет. Оценку статуса (конец срока наблюдения) проводили на 01.01.2014 г.

При сравнении данных по ИТЛ и ДТЛ рассчитывали коэффициент Стьюдента.

Результаты исследования. На конец срока наблюдения ситуация с пациентами была следующей.

Из 592 живы 212 (35,81%) больных, в том числе с ИТЛ – 97 (58,79%) из 165 человек, с ДТЛ – 115 (26,93%) из 427 человек ($p < 0,01$). Из живых больных активный туберкулез имел 61 человек:

ИТЛ – 15, ДТЛ – 46 человек. У 151 (25,51%) больного, в том числе ИТЛ – 82 (84,53%) из 97, ДТЛ – 69 (60,0%) из 115 человек ($p < 0,01$), признаков активного туберкулеза уже не было, то есть достигнуто клиническое излечение туберкулеза.

Из 380 (64,19%) умерших больных (ИТЛ 68 (41,21%), ДТЛ – 312 (73,07%) человек) прогрессирование туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции было причиной смерти у 287 (75,53%) больных, в том числе ИТЛ – у 27 (39,70%) из 68 больных, ДТЛ – у 260 (83,33%) из 312 ($p < 0,01$) пациентов.

Заключение. У больных ВИЧ-инфекцией инфильтративный туберкулез протекает более благоприятно, чем диссеминированный, о чем свидетельствует достоверная разница в частоте по параметрам: клиническое излечение туберкулеза, выживание, непосредственная причина смерти. Установленный факт должен учитываться при составлении клинических и статистических прогнозов.

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 2008-2012 ГГ. В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

О. С. ШЕВЧЕНКО¹, П. И. ПОТЕЙКО²

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Харьковская медицинская академия последипломного образования

Обострение эпидемической ситуации по туберкулезу (ТБ) в мире эксперты связывают со стремительным ростом масштабов пандемии ВИЧ-инфекции (ВИЧ).

Цель исследования: проанализировать динамику показателей пораженности ВИЧ, ТБ и ТБ/ВИЧ населения в Харьковской области за последние пять лет, изучить пути выявления, клинические проявления, особенности течения ВИЧ-ассоциированного ТБ.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование по историям болезни пациентов ОПТД № 1 г. Харькова. Проводили диагностику микобактерий туберкулеза (МБТ) методами флотации и посева, тест на лекарственную чувствительность согласно инструкции по бактериологической диагностике, регламентированной Приказом МОЗ Украины № 45 от 06.02.2002 г.

Результаты. Анализ статистических данных за 2008-2012 гг. указывает на снижение заболеваемости ТБ как на Украине – на 12,5% (с 77,8 до 68,1 на 100 тыс. населения), так и в Харьковской области – на 27,5% (с 68,7 до 49,8 на 100 тыс. населения). Однако заболеваемость ВИЧ на Украине за последние 5 лет выросла на 10,1% (с 40,9 до 45,5 на 100 тыс. населения) и на 14,4% в Харьковской области (с 18,5 до 21,6 на 100 тыс. населения). Что же касается ситуации по коинфекции ТБ/ВИЧ, показатели из года в год ухудшаются. На территории

Харьковской области заболеваемость ТБ/ВИЧ за последние 5 лет выросла на 34,2% (с 2,5 до 3,8 на 100 тыс. населения), по Украине – на 39,4% (с 6,3 до 10,4 на 100 тыс. населения). Показатели смертности с 2008 по 2012 г. по ТБ как на Украине, так и в Харьковской области уменьшаются (на 30,8 и 29,7% соответственно). Смертность от ВИЧ увеличилась на 31,8% на Украине (с 5,8 до 8,5 на 100 тыс. населения) и на 16,7% в Харьковской области (с 2,5 до 3,0 на 100 тыс. населения), которая сопровождается ростом смертности от коинфекции ТБ/ВИЧ – на 19,7% (с 4,9 до 6,1 на 100 тыс. населения) на Украине и на 30% в Харьковской области (с 1,4 до 2,0 на 100 тыс. населения).

По прогностическим оценкам эпидемия ВИЧ на Украине сегодня наиболее угрожает Европе (UNAIDS report, 2012). Со времени выявления первого случая ВИЧ в 1987 г. и до 2012 г. включительно на Украине официально зарегистрированы около 223 тыс. случаев ВИЧ среди граждан Украины, в том числе 56 тыс. заболеваний на стадии СПИДа и 28 тыс. случаев смерти от него. В 2011 г. в стране официально зарегистрированы 21 177 новых случаев ВИЧ (46,2 на 100 тыс. населения). Впервые в 2012 г. зарегистрировано по сравнению с 2011 г. снижение числа новых случаев ВИЧ на 1,6%. Наиболее распространенным сочетанным с ВИЧ заболеванием на Украине, как и раньше, остается ТБ, который выявлен в 55% всех новых случаев ВИЧ.