

группы наблюдения выявлены смешанного характера (45,3%). По результатам перфузионного сканирования легких установлено, что у больных группы сравнения определялось незначительное нарушение КЛК в регионарных зонах, четко соответствующих анатомическим сегментам легкого, пораженным туберкулезным воспалением, а в группе наблюдения у 30% больных выявлены более глубокие нарушения КЛК, вплоть до его полного отсутствия, локализация регионарных зон нарушения КЛК, распространенность этих нарушений значительно превышала зоны, пораженные специфическим воспалением.

При изучении состояния гомеостаза по типам АР и типам РО установлено следующее: в контрольной группе в 100% случаев определялись полноценные типы АР, которые характеризовались реакцией активации полноценной (РАП) – 96% и реакцией тренировки полноценной – 4%. В группе сравнения полноценные типы адаптационных реакций организма (АР) РА и РТ выявлены у 3 (20%) человек, а в группе наблюдения – в 9%. Нарушения гомеостаза у больных в группе сравнения и группе

наблюдения проявились неполноценными типами АР и патологическими типами РО. У больных группы сравнения неполноценные типы АР были определены в 80% случаев. При этом крайние типы АР были определены у 5 (33,34%) человек. Среди обследуемых в группе наблюдения неполноценные типы АР определялись у 48 (90,6%) человек, из них крайние типы неполноценных АР (РП и РС) встречались у 10 (18,86%) человек. При ИКЧ более 20 пачек/лет полноценных АР не выявлено ни у одного больного в группе наблюдения. В группе сравнения адекватный тип РО выявлен только у 2 (13,4%) человек. Патологические типы РО выявлены у 13 (86,66%) человек в группе сравнения, а в группе наблюдения – в 90,6%.

Заключение. Установлено, что длительное и интенсивное ТК влияет на течение, активность и исход ТОД, состояние гомеостаза организма. Это требует дальнейшего совершенствования диагностики состояния гомеостаза у больных ТЛ с длительным стажем ТК и проведения комплексного лечения больных с активацией защитных систем организма.

ИСХОД ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ С АКТИВАЦИЕЙ ЗАЩИТНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

БРАЖЕНКО О. Н., БРАЖЕНКО Н. А., ЧУЙКОВА А. Г., БРАЖЕНКО А. И., МАЛКОВА М. Ю.

OUTCOMES OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV-PATIENTS IN COMPLEX TREATMENT WITH ACTIVATION OF THE HOST PROTECTION SYSTEMS

BRAZHENKO O. N., BRAZHENKO N. A., CHUYKOVA A. G., BRAZHENKO A. I., MALKOVA M. YU.

ГБОУ ВПО «ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, RF

Цель: совершенствование комплексного лечения больных туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией противотуберкулезными препаратами (ПТП), высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ) и последовательной активационной патогенетической терапией (ПАПТ) с применением переменного магнитного поля (ПМП) и препарата метилурацил.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 63 впервые выявленных больных туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией в возрасте от 19 до 60 лет. Среди них мужчин было 45 (71,4%), женщин – 18 (28,6%). Диссеминированный туберкулез легких был у 29 (46,1%) человек, инфильтративный – у 34 (53,9%). Применены новые диагностические критерии оценки гомеостатического равновесия организма (ГРО) – типы адапта-

ционных реакций (АР) организма (РТ, РА, РТН, РАН, РП и РС); типы реактивности организма (РО) – адекватный, гиперреактивный, парадоксальный, гипореактивный, ареактивный на основе изучения лейкограммы (Гаркави Л. Х., Уколова М. А., Квакина Е. Б., 1990, Браженко Н. А., Браженко О. Н. 2006, 2012, 2014). Индивидуальное назначение ПМП и препарата метилурацил осуществлялось по методикам, апробированным на кафедре фтизиопульмонологии университета (Браженко Н. А., Браженко О. Н., 2006, 2014).

Результаты исследования. При поступлении больных на лечение 1-2-я степени нарушения ГРО выявлены у 32 (50,8%) человек и 3-4-я степени – у 27 (42,8%). После 2 мес. терапии с применением ПМП отмечено увеличение доли больных без нарушения ГРО до 15,8%. Отмена ПМП

в конце 2-го мес. лечения в течение месячного периода времени не оказала существенного влияния на этот показатель: в конце 3-го мес. лечения (20,6%). Применение препарата метилурацил с 4-го мес. лечения на фоне лечения ПТП и ВААРТ не только восстановило показатель «зоны нормы» ГРО, но и увеличило его к концу 5-го мес. до 33,3%. Частота начального и умеренного нарушения ГРО (1-я и 2-я степени) у больных с коморбидной патологией, выявленная при поступлении на лечение, в 50,8% случаев к концу 5-го мес. комплексного лечения увеличилась до 54,0%. Более существенные изменения произошли в частоте выраженного и глубокого (3-я и 4-я степени) нарушения ГРО. За 5 мес. комплексного лечения она снизилась с 42,8 до 12,7%. Результаты сравнения частоты выраженных и глубоких нарушений в начале и конце основного курса были достоверными ($t = 1,99$; $p < 0,05$). Исследование других показателей ГРО (типы РО, показатели ЛЛИ, показатели энтропии (H) и избыточности (R) ФЭБК) подтвердили эти данные. У больных туберкулезом легких без ВИЧ-инфекции без применения ПАПТ адекватная РО определена в 24,4% случаев, а крайние ее патологические типы – в 6,7%. При туберкулезе легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией без применения активации защитных систем организма ни в одном случае не была определена адекватная РО. Исход туберкулеза у обследованных больных определялся по А. Е. Рабухину. При лечении больных туберкулезом легких без ВИЧ-инфекции с применением только ПТП частота малых ОТИ составила 17,8%, умеренных – 26,7% и выраженных – 55,5%. У больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией они определялись в 12,9; 22,6; 64,5% случаев соответственно. Лечение больных туберкулезом легких с ВИЧ-инфекцией ПТП и ВААРТ улучшило ближайший исход заболевания. В конце основного курса лечения в легких у них сформировались малые ОТИ в 19,4%, умеренные – в 41,9% и выраженные – в 38,7% наблюдений. Применение в комплексном лечении активации защитных сис-

тем организма способствовало дальнейшему улучшению исхода туберкулеза. При этом у больных после основного курса лечения частота малых ОТИ возросла до 30,2%, умеренных – до 47,6%, а частота выраженных ОТИ снизилась до 22,2%. Результаты сравнения частоты выраженных ОТИ у больных туберкулезом легких с ВИЧ-инфекцией, которые принимали только ПТП (64,5%), с таковой у таких же больных, лечившихся с применением ПТП, ВААРТ и активации адаптации ПМП и метилурацилом, выявило высокое достоверное различие ($t = 4,21$; $p < 0,001$). При гиперреактивном типе РО ОТИ в легких в 88,9% наблюдений характеризовались малыми и умеренными изменениями и в 11,1% – выраженными. При парадоксальном типе РО в 17,4% случаев были определены малые ОТИ, в 47,8% – умеренные и в 34,8% – выраженные. У больных с гипореактивными и ареактивными типами РО в 100,0% случаев в легких определялись выраженные ОТИ. При сочетании туберкулеза легких с ВИЧ-инфекцией в начале лечения определялось существенное нарушение ГРО, проявившееся в 42,8% случаев 3-й и 4-й степенями нарушения. Комплексное лечение больных ПТП, ВААРТ и последовательной активационной патогенетической терапией в течение 5 мес. способствовало значительному улучшению ГРО со снижением частоты выраженных и глубоких нарушений до 12,7%.

Заключение. Между исходом туберкулезного процесса и типами РО выявлена тесная взаимосвязь, оказывающая существенное влияние на эффективность проводимого лечения. Наиболее эффективным оно оказалось у больных с адекватным и гиперреактивными типами РО. Применение в комплексном лечении ПТП, ВААРТ с последовательным применением ПМП и препарата метилурацил в режиме адаптогенов у больных способствовало улучшению исхода туберкулеза с формированием в легких малых и умеренных ОТИ. В дальнейшем это способствовало снижению частоты обострения (рецидивов) туберкулеза у больных с коморбидной патологией.