

Материалы и методы. Обследовано 56 больных ТБ легких с сочетанным СД (основная группа). Группу сравнения составили 76 больных ТБ легких без СД. Возраст пациентов в сравниваемых группах колебался в пределах 19-76 и 18-64 лет. Мужчины составили соответственно 51,9 и 48,6%, женщины – 48,1 и 51,4%. ТБ был выявлен впервые у 42,3 и 43,4% больных, лечились ранее – 55,8 и 50% пациентов. Рецидив процесса имел место только у 1 (1,9%) больного группы с сочетанной патологией и у 5 (6,6%) – группы сравнения. Различия выявлялись по частоте отдельных форм ТБ: туберкулемы в группе с СД выявлялись у 19 (36,5%) больных, а в сравниваемой группе – у 9 (11,8%). Напротив, инфильтративный ТБ легких имел место у 11,5 и 36,8% больных соответственно. По частоте других форм ТБ существенные различия между группами отсутствовали. Бактериовыделение и распад легочной ткани обнаруживали у подавляющего большинства пациентов обеих групп.

Состояние нутритивного статуса оценивали по значениям индекса массы тела (ИМТ), транситрина (преальбумина) – ТТР, общего белка сыворотки (ОБ) и сывороточного альбумина (А). Контрольную группу для определения колебания нормальных величин ТТР составили 49 здоровых добровольцев.

Результаты. Установлено, что средний показатель ИМТ у больных ТБ легких с сопутствующим СД превышал среднее значение нормы. Индивидуальные значения ИМТ у больных с сочетанной патологией колебались в широких пределах – от значительно сниженных до резко повышенных величин (16,4-38,5 при нормальном диапазоне

18,5-25,0). На фоне увеличенного (в среднем) ИМТ средний показатель ОБ находился ниже аналогичного показателя нормы. Снижение это не было резким и не выходило за пределы 60,0 г/л при нижней границе нормы 65,0 г/л.

В отличие от ОБ, снижение ТТР у больных с сочетанной патологией было очень значительным. Его среднее значение оказалось лишь чуть выше нижнего предела амплитуды нормальных значений, а в индивидуальном разбросе снижалось до исчезающе малых величин. Одновременное небольшое, но достоверное и, казалось бы, парадоксальное при белковом дефиците повышение сывороточного А оказалось характерным именно для больных с сочетанной патологией и, очевидно, было связано с метаболическими сдвигами, сопутствующими именно СД.

В группе пациентов без СД средний показатель ИМТ принципиально изменялся в противоположном направлении и оказался ниже такового у здоровых людей и больных ТБ легких с сопутствующим СД. При этом изменения со стороны среднего показателя ОБ отсутствовали, а ТТР был снижен, но достоверно в меньшей степени, чем у пациентов с сопутствующим СД. Со стороны А и А/Г изменения в сравниваемых группах имели противоположный характер.

Заключение. Количественный анализ показателей нутритивного статуса подтвердил, что для больных ТБ легких с сопутствующим СД характерно увеличение ИМТ на фоне азотистой (белковой) недостаточности. Для характеристики белкового баланса у больных с данной сочетанной патологией показатели сывороточного А были неинформативны.

КАК УЛУЧШИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ?

КИЛЬДЮШЕВА Е. И., МОТУС И. Я., СКОРНЯКОВ С. Н., ЗАЛЕТАЕВА Г. Е., МЕДВИНСКИЙ И. Д., ЦВИРЕНКО А. С., ЕГОРОВ Е. А.

HOW TO IMPROVE THE TREATMENT RESULTS OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS WITH DRUG RESISTANT MYCOBACTERIA?

KILDYUSHEVA E. I., MOTUS I. YA., SKORNYAKOV S. N., ZALETAEVA G. E., MEDVINSKY I. D., TSVIRENKO A. S., YEGOROV E. A.

ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ», г. Екатеринбург

Ural Phthisiopulmonology Research Institute, Yekaterinburg, RF

Лекарственная устойчивость возбудителя (МБТ), в частности множественная (МЛУ) и широкая (ШЛУ), является основным фактором, препятствующим достижению удовлетворительных результатов лечения больных туберкулезом легких (ТЛ). В особенности это касается деструктивных

туберкулезных поражений. Следовательно, закрытие полости распада способствует скорейшему излечению и профилактике развития лекарственной устойчивости МБТ. Положительная роль коллапсотерапии в ускорении закрытия полостей распада при ТЛ общеизвестна.

Цель: выяснение роли комплексного применения методов коллапсотерапии в лечении деструктивных форм ТЛ у пациентов с МЛУ и ШЛУ МБТ.

Материалы и методы. Основная группа больных состояла из 364 человек, где, наряду с культурально-обоснованной терапией, применяли коллапсотерапевтические методы. Искусственный пневмоторакс (ИП) применен у 297 пациентов с верхнедолевой и среднедолевой локализацией процесса. Клапанная бронхоблокация (КББ) выполнена у 67 больных с фиброзными кавернами, а также с кавернами в нижних долях, что недоступно для воздействия с помощью ИП. Наряду с ИП и КББ, накладывали искусственный пневмоперитонеум (ПП), когда имело место очаговое обсеменение в базальных сегментах. Длительность лечения ИП составляла 6-12 мес., КББ – от 6 до 18 мес.

Результаты. Осложнений, связанных с коллапсотерапией, не наблюдали. В результате применения ИП и сочетания ИП + ПП конверсия культу-

ры мокроты достигнута у 254 (85,5%) больных. Полный ателектаз пораженного участка легкого достигнут в результате КББ у 38 больных, из которых конверсия мокроты отмечена у 36 (94,7%). В тех случаях, где при КББ наблюдался неполный ателектаз, конверсия достигнута реже – у 17 из 29 (58,6%) больных. Общая эффективность лечения с применением КББ составила, таким образом, 79,1% (57 из 63 больных). В основной группе больных эффективность лечения составила 84,3% (307 случаев конверсии из 364 больных). Результаты лечения аналогичной группы пациентов без применения методов коллапсотерапии были значительно ниже – 41,3% (45 случаев конверсии из 109 больных) ($p < 0,01$).

Заключение. Коллапсотерапия является эффективным методом лечения, дополняющим химиотерапию при деструктивном ТЛ с лекарственной устойчивостью МБТ. Комбинация методов коллапсотерапии расширяет ее возможности.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ НЕТИПИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ

КЛЕВЦОВА И. В.¹, БОРТНИКОВ М. И.¹, ТРИБУНСКИХ О. В.²

CLINICAL CASES OF NON-TYPICAL FORMS OF TUBERCULOSIS IN HIV PATIENTS AT THE LATE STAGES OF THE INFECTION

KLEVTSOVA I. V.¹, BORTNIKOV M. I.¹, TRIBUNSKIKH O. V.²

¹ГУЗ «Липецкий областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ», г. Липецк

²ГУЗ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер», г. Липецк

Lipetsk Regional Center for AIDS and Infectious Diseases Prevention and Control, RF
Lipetsk Regional Anti-tuberculosis Dispensary, Lipetsk, RF

Цель: ознакомление врачей-фтизиатров, инфекционистов, а также других медицинских специалистов общей лечебной сети с особенностями течения туберкулезной инфекции у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Изучены медицинские карты стационарных больных, леченных в ГУЗ «Липецкий областной противотуберкулезный диспансер».

С 2012 по 2014 г. под совместным наблюдением специалистов ГУЗ «ЛОЦПБС и ИЗ» и ГУЗ «ЛОПТД» находились 3 пациента с нетипичным течением туберкулезной инфекции. Социально-демографические данные: 2 – женщины, 1 – мужчина; средний возраст – 30,3 года; работающие – 2, неработающий – 1, проживающие в семьях. Указаний на контакт по туберкулезу нет. Пути инфицирования ВИЧ: 1 – половой, 2 – наркотический. Стаж заболевания ВИЧ-инфекцией до момента уста-

новления диагноза туберкулеза 9,6 года. Анамнез по антиретровирусной терапии (АРВТ): 2 получали ранее с низкой приверженностью и перерывом более 1 года с момента последнего приема АРВП; 1 – не получал, не наблюдался, АРВТ назначена впервые. Медиана CD4 составляла 27,3 кл/мкл, РНК ВИЧ = 84 930 копий. Выявлены при обследовании в момент диспансерного осмотра по ВИЧ-инфекции – 2 (туберкулез органов дыхания), при обращении по поводу жалоб – 1 (туберкулез центральной нервной системы). Пациент с потерей 9% массы тела за 3 мес., эпилептиками, эпизодами дислексии, головными болями поступает по скорой помощи в отделение нейрохирургии. На КТ: объемное образование в левом полушарии с нечеткими контурами 26 × 25 мм с перифокальным отеком. Рентгенография органов грудной клетки без патологии. Дифференциальный диагноз проводился с опухолью головного мозга и токсоплазмозом