

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., эпилепсиями, 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

головного мозга. До верификации диагноза начата тест-терапия токсоплазмоза котримоксазолом, ровамицином; флюконазол – для профилактики грибкового поражения органов. Клинического улучшения не наступало. ИФА-диагностика на токсоплазмоз: IgG в низких титрах, IgM и A отрицательны. Токсоплазмозное поражение головного мозга исключено. На контрольных МРТ объемное образование не уменьшалось в размере. Консилиум в ГУЗ «ЛООД» выставляет диагноз: опухоль левой теменной области, рекомендовано оперативное лечение. Через 3 мес. с момента первичного обращения пациент прооперирован – радикальное удаление опухоли. Гистологическое исследование: гранулематозное воспаление туберкулезной этиологии. С диагнозом туберкулемы головного мозга в течение 4 мес. проходил стационарное лечение в ГУЗ «ЛОПТД». Туберкулезного поражения других локализаций не выявлено. В результате проведенного лечения состояние удовлетворительное, уровень CD4-лимфоцитов стабильно низкий (40 кл/мкл), но РНК ВИЧ менее 50 копий/мл. Приверженность АРВТ и противотуберкулезному лечению высока. Два других клинических случая связаны с дифференциальной диагностикой туберкулеза органов дыхания: две женщины, имевшие опыт АРВТ в прошлом, прервавшие лечение по собственной инициативе. При проведении планового обследования на туберкулез, в отсутствие жалоб и изменений при клиническом осмотре, на ФЛГ ОГК инфильтративные изменения в верхней доле левого легкого. На КТ ОГК выраженное сужение верхнедолевого бронха, левостороннее увеличение лимфоузлов средостения. Онконастороженность. На ФБС у одной из них: сужение просвета левого главного бронха до 2-й степени, а верхнедолевого бронха – до 3-й степени, слизистая инфильтрирована, с полиповидными разрастаниями, покрытыми гнойно-некротическим налетом, резко повышена кровоточивость слизистой бронхов. Заключение: эндоскопическая картина больше соответствует опухолевому росту в зоне левых крупных бронхов, но инфильтративно-язвенный туберкулез левых крупных бронхов исключить нельзя. Гистологическая картина материала слизистой: «фрагмент опухоли со строением мелкоклеточного рака». При исследовании БАЛЖ и браш-биопсии КУМ(+) на микобактерии туберкулеза поставлен диагноз инфильтративного

туберкулеза верхней доли левого легкого. Реакция на пробу Манту – 10 мм гиперемия. Интенсивная фаза лечения длилась 5 мес., фаза продолжения – 5 мес. Прекращение бактериовыделения произошло через 2 мес. после начала лечения. В августе 2013 г. переведена в III ГДУ, клинически излеченного туберкулеза легких. CD4 к августу 2013 г. составляли 225 кл/мкл (+215 кл с начала АРВТ). РНК ВИЧ менее 50 копий. До настоящего времени признаки возобновления туберкулезного процесса отсутствуют. В случае со второй женщиной в 2014 г. при ФБС: в верхней трети левого главного бронха на латеральной стенке образование до 0,8 см в диаметре розового цвета, мягкое. Устье верхнего левого долевого бронха сужено из-за отека слизистой оболочки. На латеральной стенке аналогичное образование розового цвета размером до 1 см. Заключение: «Рак? Туберкулез левых бронхов?» Повторная ФБС через 10 дней: инфильтративно-язвенный туберкулез левых бронхов. Гистоисследование: хронический полипозный эндобронхит. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ отрицательная. В БАЛЖ и браш-биопсии КУМ(+) на микобактерии туберкулеза. Диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого. Получала лечение по интенсивной фазе в условиях стационара, затем по фазе продолжения в амбулаторных условиях, достигнут положительный эффект.

Переведена в III ГДУ, клиническое излечение туберкулеза легких.

Выводы.

1. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции туберкулез приобретает атипичные клинико-рентгенологические и морфологические черты, что вызывает значительные диагностические трудности.
2. Для диагностики туберкулеза у больных с поздней стадией ВИЧ-инфекции требуется современная комплексная диагностика (биопсийная, лучевая, молекулярно-биологическая).
3. В диагностике атипично протекающего туберкулеза высокоинформативными показали себя различные диагностические малоинвазивные хирургические методики (чувствительность, по данным различных авторов, достигает 91,7%).
4. На этапе интенсивной фазы лечения при условии высокой приверженности комбинированная противотуберкулезная и антиретровирусная терапия показывает хорошие клинические результаты.