

ентов, отсутствие препарата в стационаре – у 5,7%. В стационаре туберкулезного отделения системы ФСИН врачам в большинстве случаев приходилось заменять данную группу препаратов ввиду неэффективности курса химиотерапии: отсутствие динамики заболевания, сохранение бактериовыделения (44%) и установленной ЛУ (36%). Возникновение побочных эффектов потребовало замены препаратов в 16,0% случаев, отказ от приема препарата – в 4,0%.

Причины замен препаратов резервного ряда в стационаре СПКД установлены в 84,6% случаев. Из них большая часть была связана с отсутствием препарата в стационаре (63,6%), побочные эффекты явились причиной замен в 27,3% случаев, неэффективность курса терапии – в 6,1%, установленная ЛУ – в 3,0%. Замены ввиду отсутствия препаратов преимущественно происходили при назначении ФХ. Из-за дороговизны ряда наименований (левофлоксацин, моксифлоксацин) СПКД не имел возможности закупать их в достаточном количестве, поэтому полноценный курс химиотерапии данными препаратами получила только часть пациентов. В стационаре туберкулезного отделения для лечения больных среди спецконтингента ФСИН наиболее частой причиной замен препаратов резерва, как и в случае препаратов первого ряда, явилась неэффективность курса терапии, предположительно из-за ЛУ (66,6%). Установленная ЛУ и отказ от приема препаратов послужили причиной замен в 16,7% случаев. Причинами совершенных замен комбинированных ПТП в СПКД являлись: побочные эффекты при применении препарата (слабость, головокружение, тошнота, рвота, жидкий стул, ал-

лергические реакции) – у 62,5% пациентов, установленная ЛУ к компонентам препарата – у 18,7%, отсутствие препарата – у 12,5%, отсутствие положительной динамики от назначенной терапии – у 6,3%. В стационаре пенитенциарного сектора комбинированные препараты в большинстве случаев заменяли по причине неэффективности курса лечения, отсутствия положительной динамики ввиду наличия ЛУ к отдельным ПТП в комбинации (82,1%). Побочные эффекты послужили поводом замен в 14,3% случаев, отсутствие препарата – в 3,6%.

Заключение. Проведенный анализ позволил определить преимущественно назначаемые препараты основного (производные ГИНК, этамбутол), резервного ряда (ФХ) и комбинированные ПТП (протиокомб, рифакомб) в медицинских организациях гражданского и пенитенциарного секторов Смоленской области соответственно. Наиболее часто заменялись: производные ГИНК (из ПТП основного ряда), ФХ и канамицин (из ПТП резервного ряда) и ломекомб и фтизопирам (из комбинированных) для гражданского и пенитенциарного секторов соответственно. Большинство замен было связано с побочными эффектами от приема препаратов и отсутствием ПТП на стационарном этапе (при лечении населения), а также неэффективностью курса химиотерапии (при лечении спецконтингента ФСИН). Сократить число совершенных замен ПТП поможет более широкое внедрение быстрых, в том числе молекулярно-генетических методов определения лекарственной чувствительности, а также совершенствование расчета и планирования закупок препаратов резерва.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И БЕЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

ПАНКРАТОВА Л. Э., КАЗИМИРОВА Н. Е., ВОЛЧКОВА И. Л.

CLINICAL SPECIFICS OF TUBERCULOUS MENINGITIS IN PATIENTS WITH HIV INFECTION AND WITHOUT HIV-INFECTION

PANKRATOVA L. E., KAZIMIROVA N. E., VOLCHKOVA I. L.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, г. Саратов

V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, RF

Туберкулезный менингит (ТМ) относится к числу остroteкущих форм туберкулеза и является одной из самых жизнеугрожающих форм этого заболевания, способной в короткий срок привести больного к гибели. Диагностика этой формы туберкулеза на современном этапе нередко представляет значительные трудности из-за вариабельности течения и патоморфоза болезни, особенно у больных с ВИЧ-инфекцией.

Цель: изучение клинических особенностей ТМ на современном этапе у больных с сопутствующей ВИЧ-инфекцией и без нее.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование 127 больных с ТМ: I группа – 50 человек без ВИЧ-инфекции, II группа – 77 человек с сопутствующей ВИЧ-инфекцией, находившихся на лечении в туберкулезных стационарах г. Саратова с 1993 по 2015 г.

Результаты. В I группе пациентов с ТМ без ВИЧ-инфекции впервые выявленных было 84,0%, с рецидивами – 10,0%, хроников – 6,0%. Среди больных ТМ с ВИЧ-инфекцией 90,1% было впервые выявленных, у 7,8% – рецидив, 1,3% – хроническое течение.

ТМ без ВИЧ-инфекции встречался довольно редко, в среднем 2,5 случая в год (1993-2014 гг.). ТМ в сочетании с ВИЧ-инфекцией стал встречаться гораздо чаще: в среднем 6,3 случая в год (почти в 3 раза чаще). Увеличение числа таких пациентов в последнее время, вероятно, связано с нарастанием числа больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции в популяции. Так, в 2002-2007 гг. частота ТМ + ВИЧ составляла 2 случая в год, что не отличалось от частоты ТМ без ВИЧ-инфекции, а в 2008-2015 гг. уже 8,4 наблюдения в год, достигая в отдельные годы 12 и 15 случаев.

Характеристика пациентов I группы: поражение мужчин и женщин встречалось почти с одинаковой частотой (мужчины – 56,0%, женщины – 44,5%). Возрастной состав больных от 16 до 60 лет. Болели преимущественно молодые: до 30 лет более $\frac{1}{3}$ заболевших – 34,6%; 31-40 – 15,3%; 41-50 лет – 26,9%; старше 50 лет – 23,0%. Прослеживались сезонные пики заболеваемости: на весенний и осенний периоды пришлось по 38,4% случаев, на летний и зимний периоды – по 11,5%.

Во II группе больных с ТМ на фоне ВИЧ-инфекции явно преобладали мужчины – 80,5%, что, вероятно, связано с большей распространенностью поздних стадий ВИЧ-инфекции среди лиц мужского пола. Все были лицами трудоспособного возраста: 21-30 лет – 38,8%, 31-40 – 51,0%, 41-47 лет – 10,2%. Алкоголем злоупотребляли 30,6%, наркотики употребляли 53,1%, наркотики и алкоголь – 12,3%. У всех больных была диагностирована ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний, у 34,5% – 4Б стадия, у 65,5% – стадия 4В (СПИД). У пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией сезонных колебаний заболеваемости не наблюдалось. Тубконтакт был выявлен с равной частотой в обеих группах: I – 20,0%, II – 19,2%.

У больных ВИЧ-инфекцией ТМ диагностирован как первое проявление заболевания лишь в 40,3%, после перерыва в лечении туберкулеза в 18,1% и на фоне уже проводившегося противотуберкулезного лечения в 41,7% случаев. В группе без ВИЧ-инфекции лишь в 1 (2,0%) случае отмечено развитие ТМ у больного с рецидивом на фазе продолжения.

ТМ как изолированное поражение был выявлен лишь у 11,7% пациентов с ВИЧ-инфекцией, без ВИЧ-инфекции таких было 26,0% – в 2,2 раза больше, у остальных поражение было распространенным, полиорганным, в процесс вовлекались легкие, плевра, внутригрудные лимфатические узлы, среднее ухо, гортань, почки. Легочное поражение при ВИЧ-инфекции чаще всего было представлено диссеминированным туберкулезом – 44,2%

(без ВИЧ-инфекции – 38,0%), инфильтративным – 32,5% (без ВИЧ-14,0%), остальные формы (очаговый, кавернозный, фиброзно-кавернозный туберкулез, казеозная пневмония, экссудативный плеврит, туберкулез гортани, туберкулезный отит, поражение почек) – 15,6% (без ВИЧ-инфекции – 22,0%).

Вопреки классическому описанию, подострое начало ТМ у больных ВИЧ-инфекцией встречалось менее чем у половины – 48,6% (I группа – 56,4%), острое – 17,1% (I группа – 15,4%), постепенное – 24,3% (I группа – 20,5%), атипичное с психозами – 10,0% (I группа – 7,7%). Головная боль наблюдалась у 87,5% с ВИЧ-инфекцией (I группа – 88,9%), тошнота, рвота – 57,4% (I группа – 52,6%), лихорадка – 88,6% (I группа – 74,4%). При объективном обследовании психические нарушения (спутанное сознание, психомоторное возбуждение, сопор, кома) – в 81,4% (I группа – 71,1%), менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц – 95,5%, синдром Кернига – 86,4% (I группа – 100,0 и 97,7% соответственно).

Поражение черепно-мозговых нервов у больных без ВИЧ-инфекции встречалось гораздо чаще – в 67,5% случаев, с ВИЧ-инфекцией – только 45,8% (разница на 21,7%).

Туберкулезный менингит протекал, как менингоэнцефалит, в 55,6% случаев у больных II группы (I группа – 56,3%), осложнился отеком головного мозга в 44,4% случаев (I группа – 31,3%), судорожным синдромом – 7,0% (I группа – 12,5%), гипертензионно-гидроцефальным синдромом – 8,3% (I группа – 6,3%), параличами и парезами – 13,94% (I группа – 10,4%), атрофией зрительного нерва – 1,4% (I группа – 2,1%), кохлеарным невритом – 1,4% (I группа – 2,1%), пирамидной недостаточностью – 8,3% (I группа – 0%), афазией – 2,8% (I группа – 2,1%).

Состав спинномозговой жидкости также существенно отличался от классического описания. Так, прозрачный ликвор отмечался лишь у 75,0% пациентов с ВИЧ-инфекцией (I группа – 87,2%), цитоз был невысоким: до 50 клеток – 42,3% (I группа – 33,3%), 51-100 клеток – 15,6% (I группа – 11,9%), 101-200 – 20,3% (I группа – 23,8%), 201-400 – 12,5% (I группа – 16,7%), более 400 – 9,4% (I группа – 14,3%). По составу жидкость имела лимфоцитарный характер менее чем у половины пациентов – 44,3% (I группа – 36,8%), смешанный лимфоцитарно-нейтрофильный – 32,8% (I группа – 44,7%), с преобладанием нейтрофилов – 23,0% (каждый 4-й больной) (I группа – 18,4%). Снижение уровня глюкозы установлено лишь в 72,6% случаев (I группа – 52,5%), снижение хлоридов было довольно постоянным – 96,4% (I группа – 87,0%). «Паутинка» также обнаруживалась достаточно часто – 76,8% (I группа – 51,4%), микобактерии туберкулеза в ликворе были найдены лишь у каждого 5-го – 21,7% (I группа – 23,1%), преимущественно методом посева, что значительно снижало диагностическую ценность этого исследования. Уровень белка был повышен практически у всех пациентов – 98,4% (I группа – 78,0%).

Заключение. ТМ, особенно у больных ВИЧ-инфекцией, отличается атипичным стертым течением, затрудняющим диагностику. Лабораторные показа-

тели переменны, наиболее постоянными являются снижение хлоридов, выпадение «паутинки», повышение содержания белка.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИЖИЗНЕННОГО И ПОСМЕРТНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

ПАНТЕЛЕЕВ А. М.

COMPARISON OF LIFE-TIME AND POST MORTEM DETECTION OF TUBERCULOSIS WITH MULTIPLE LOCALIZATIONS IN HIV-PATIENTS

PANTELEYEV A. M.

ГБОУ ВПО «ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург
ГБУЗ «Городская туберкулезная больница № 2», г. Санкт-Петербург

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, RF
Tuberculosis Hospital no. 2, St. Petersburg, RF

Цель: провести сравнительный анализ прижизненной и посмертной диагностики внелегочных локализаций туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное сопоставление количества локализаций туберкулеза, диагностированных прижизненно и выявленных посмертно у 462 больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, проходивших лечение в ГБУЗ «Городская туберкулезная больница № 2» в 2005-2014 гг. и скончавшихся при прогрессировании туберкулезного процесса.

Результаты. Из 462 больных с аутопсийно подтвержденным туберкулезом множественной локализации только в 200 (43,3%) случаях все внелегочные локализации туберкулеза были выявлены прижизненно. У 36 (7,7%) больных внелегочные локализации туберкулеза обнаружены только при аутопсийном исследовании. Так, туберкулез мезентериальных и забрюшинных лимфатических выявлен только при аутопсии в 37,4% случаев, туберкулез почек – в 65,7%, туберкулез селезенки – в 67,6%, туберкулез брюшины – в 22,6%. Туберкулез печени обнаружен только при аутопсийном исследовании в 74% случаев, а такие локализации туберкулеза, как поражение надпочечников (5 случаев), туберкулез поджелудочной железы (5 случаев), выявлялись только посмертно при аутопсийном исследовании.

При сопоставлении количества органов, вовлеченных в туберкулезное воспаление, выявленных прижизненно и при аутопсии, установлено, что в половине случаев (51,5%) клиническими методами выявляли только одну внелегочную локализацию туберкулеза. При этом при сопоставлении

с аутопсийными данными единственная внелегочная локализация обнаружена только в 16,3% случаев, что в 3 раза реже, чем при прижизненном выявлении ($p < 0,05$). Две внелегочные локализации туберкулеза выявлены прижизненно у 28,4% больных, только у 20,0% – при аутопсии. Начиная с 3 внелегочных локализаций туберкулеза преобладало посмертное выявление локализаций туберкулезного процесса (11,3% – прижизненно, 17,3% – посмертно). У больных с 4 внелегочными локализациями туберкулезного процесса посмертное выявление происходило в 3 раза чаще (6,9 и 22,0% соответственно, $p < 0,05$) (таблица). Таким образом, прижизненная диагностика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией не полностью отражает характер и объем распространения процесса, что можно объяснить чрезвычайно быстрой прогрессией заболевания.

Таблица

Число локализаций туберкулеза, выявленных
прижизненно и посмертно

Число локализаций	Прижизненно, %	На аутопсии, %
1	51,5	16,3
2	28,4	20,0
3	11,3	17,3
4	6,9	22,0
5	1,1	14,8
6	0,6	6,5
7	0,2	3,0
8	0	0,3