

За анализируемый период число новых случаев сочетанных форм увеличилось в 12 раз (в 2001 г. – 1 случай, в 2013 г. – 12 случаев). ВИЧ-ассоциированный туберкулез выявлялся преимущественно у мужчин (68%), в возрасте 25-34 года (55%), безработных (68,3%), жителей области (65%). Среди обследованных преобладали наркоманы, вводившие наркотики внутривенно (51,6%). У половины больных (46,6%) туберкулез и ВИЧ выявлялись одновременно (в течение 1 года), 53,3% больных состояли на диспансерном учете с диагнозом ВИЧ более 1 года, в 89,3 и 75% случаях соответственно туберкулез был установлен на поздних стадиях ВИЧ. Имели сопутствующие заболевания 89,8% пациентов, среди которых наиболее часто выявлялся хронический вирусный гепатит В и С (48%). Страдали хроническим алкоголизмом 12,4% больных, 4% – имели инфекции, передаваемые половым путем.

На ранних стадиях ВИЧ туберкулез, как сопутствующее заболевание, установлен у 11 (18,3%) человек, преимущественно на III стадии ВИЧ – у 63,6% больных. В 54,5% случаев туберкулезный процесс выявлен при плановом флюорографическом осмотре. В структуре клинических форм превалировал инфильтративный туберкулез легких (36,3%). Фаза распада определялась у 18,2%, бактериовыделение – у 54,5%, из них множественная лекарственная устойчивость – у 16,7%, запущенные формы (казеозная пневмония) установлены у 9% обследованных. Благоприятные исходы туберкулезного процесса имела половина больных данной группы (54,5%).

На поздних стадиях ВИЧ туберкулез, как вторичное заболевание, установлен у 49 (81,7%) человек, в том числе на IVБ стадии – у 85,7%, IVВ – у 14,3%. Заболевание выявлялось по обращаемости у 68%. В структуре клинических форм превалировал так же, как на ранних стадиях ВИЧ, ин-

фильтративный туберкулез легких (46,9%). Фаза распада и бактериовыделение встречались чаще, чем на ранней стадии, – 38,8 и 75,5% соответственно. Множественная лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза установлена в 18,9% случаев. Запущенные и генерализованные поражения встречались в 16,3 и 16,3% случаев соответственно.

Среди всех новых случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза генерализованные формы туберкулезного процесса выявлены у 9 (15%) больных, на IVВ стадии ВИЧ – в 66,7% случаев. Наиболее часто поражались легкие (88,9%). Поражения внутригрудных лимфатических узлов, периферических, мезентериальных лимфоузлов, печени, селезенки установлены у 33,3%, центральной нервной системы и почек – у 22%, туберкулез кишечника и уха – у 11,1% обследованных. Полости распада определялись редко (22,2%), бактериовыделение – у $\frac{2}{3}$ больных (77,8%), в том числе с множественной лекарственной устойчивостью – у 14,3%. Умерло 66,6% обследованных, при этом 83,3% – от прогрессирования ВИЧ.

Запущенные формы туберкулеза у больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом установлены у 9 (15%) человек, в 88,9% случаев на поздних стадиях ВИЧ. Наиболее частой формой был прогрессирующий диссеминированный туберкулез с бактериовыделением у 88,8% больных, с множественной лекарственной устойчивостью – у $\frac{1}{3}$ больных (37,5%), 44,5% больных с запущенными формами имели летальные исходы заболевания.

Заключение. ВИЧ-ассоциированный туберкулез является актуальной проблемой во фтизиатрии. Особенности течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в зависимости от стадии ВИЧ и распространенности процесса следует учитывать врачам фтизиатрам, инфекционистам, врачам общей лечебной сети при диагностике данной сочетанной патологии.

МНОГОСРЕЗОВАЯ ЛИНЕЙНАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ ТОМОГРАФИЯ (ТОМОСИНТЕЗ) В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

ЦЫБУЛЬСКАЯ Ю. А.¹, ГРАБАРНИКА Е.², ШУТИХИНА И. В.², СМЕРДИН С. В.², СЕЛЮКОВА Н. В.², РАТОБЫЛЬСКИЙ Г. В.²

X-RAY COMPUTED TOMOGRAPHY (TOMOSYNTHESIS) IN DIAGNOSTICS OF GENITAL TUBERCULOSIS

TSYBULSKAYA YU. A.¹, GRABARNIK A. E.², SHUTIKHINA I. V.², SMERDIN S. V.², SELYUKOVA N. V.², RATOBYSKY G. V.²

¹Институт профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ, г. Москва

²НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ, г. Москва

¹Professional Education Institute by I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, RF

²Research Institute of Phthiopulmonology by I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, RF

Цель: оценить возможности применения томосинтеза в диагностике генитального туберкулеза.

Материалы и методы. Проспективно изучено 20 больных с верифицированным диагнозом гени-

тальный туберкулез, средний возраст – 34 года. Основные жалобы пациенток при поступлении – общая слабость (64%), субфебрильная температура (53%), нарушение менструального цикла (96%), бесплодие (42%). Во всех наблюдениях проводили рентгенологическое исследование (гистеросальпингография) в режиме многосрезовой линейной рентгеновской томографии на аппарате SonalVision Safire II; Shimadzu Co., Kyoto, Japan. При томосинтезе за один проход трубки получается два варианта изображений: один статичный снимок – более привычный, который визуально совпадает с классической ГСГ и 35-40 снимков по 2-3 мм через всю толщу малого таза. Отличительными особенностями данного метода являются высокое качество изображений и возможность постпроцессинговой обработки изображений (с толщиной среза до 1 мм) без дополнительной лучевой нагрузки. Томосинтез позволяет прицельно обследовать органы малого таза без суммации тканей (например, петель кишечника), поэтому тщательная подготовка пациентов, как при классической рентгенографии,

не требуется. Для контрастирования применялся урографин.

Результаты. При гистеросальпингографии выявлены следующие рентгенологические признаки генитального туберкулеза: смещение тела матки относительно срединной оси (72%), расширение полости матки (52%), удлинение цервикального канала (48%), частичная облитерация матки (46%), полная облитерация полости матки (2%), ригидность маточных труб (67%), кальцинаты в проекции малого таза (87%).

Заключение. Выполнение гистеросальпингографии с помощью томосинтеза имеет явные преимущества перед стандартной рентгенографией за счет возможности послойной визуализации органов малого таза. Применение такой новой лучевой технологии в выявлении генитального туберкулеза и оценке проведенного лечения повышает эффективность диагностических мероприятий. Выявление данной патологии на ранних стадиях уменьшает риск возникновения осложнений, что крайне важно, учитывая зачастую молодой возраст пациенток с генитальным туберкулезом, для которых актуальным вопросом является сохранение фертильности.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ АСОЦИАЛЬНОГО ТИПА

ЧЕРНИКОВ А. Ю.¹, КОЛОМИЕЦ В. М.², ЗЕМЛЯНСКИХ Л. Г.²

MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION AND STIMULATION OF TREATMENT COMPLIANCE OF ASOCIAL TUBERCULOSIS PATIENTS

CHERNIKOV A. YU.¹, KOLOMIETS V. M.², ZEMLYANSKIKH L. G.²

¹ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» Комитета здравоохранения Курской области, г. Курск

²ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», г. Курск

¹Regional Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Health Committee of Kursk Region, Kursk, RF

²Kursk State Medical University, Kursk, RF

Цель: изучить возможности формирования приверженности к лечению и эффективность методик медико-социальной реабилитации в когорте больных туберкулезом асоциального типа.

Материалы и методы. Выделены две группы пациентов с хронически активным туберкулезом. Критериями включения в обе группы являлись: 1) лица, не имеющие определенного места жительства, 2) наличие судимости в анамнезе, 3) наличие хронического туберкулезного процесса, 4) частые перерывы в лечении и отказы от лечения в анамнезе. Критерии исключения: 1) стойкий отказ пациента от лечения, 2) наличие тяжелой сопутствующей патологии в фазе декомпенсации. Все пациенты

были жителями Курской области. Средний возраст 42 ± 5 лет, преобладали мужчины – 73%. Клинико-рентгенологические формы: фиброзно-кавернозный – 82%, диссеминированный – 18%. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) имела место в 100% случаев. Помимо МЛУ, имела устойчивость к стрептомицину – 86%, канамицину – 75%, этамбутолу – 70%, протионамиду – 58%, циклосерину – 35%, парааминосалициловой кислоте – 33%. Распределение в группах было равномерно по вышеприведенным критериям. Лечение назначали по IV режиму. В первой группе (25 человек) проводили медико-социальную и клиническую реабилитацию, во второй (24 человека) – только