

Результаты. Длительность применения эндо-бронхиального клапана в основной группе составила в среднем $368,4 \pm 22,4$ дня, максимальный срок окклюзии – 675 дней. В течение 6 мес. после экстраплевральной фрагментационной торакопластики прекращение бактериовыделения отмечено у 26 (72,2%) пациентов основной группы и у 8 (18,6%) – группы сравнения ($p < 0,001$), через 12 мес. – у 30 (83,3%) пациентов основной группы и у 23 (53,5%) – группы сравнения ($p < 0,001$). Закрытие полостей деструкции под торакопластикой в течение 12 мес. после операции наблюдалось у 29 (64,5%) пациентов основной группы, а в группе сравнения – у 8 (32,0%) ($p < 0,02$). Отдаленные результаты прослежены в сроки до 5 лет. Стойкой стабилизации течения туберкулезного процесса, прекращения бактериовыделения и закрытия по-

лостей деструкции удалось добиться у 32 (88,9%) пациентов основной группы и у 24 (55,8%) – группы сравнения ($p < 0,001$). В основной группе от прогрессирования туберкулезного процесса умер 1 (2,7%) пациент, а в группе сравнения – 8 (18,6%) пациентов ($p < 0,001$).

Заключение. Применение стандартной четырех-реберной остеопластической торакопластики по Бьерку в комбинации с клапанной бронхоблокацией у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом повышает эффективность торакопластики, позволяет добиться прекращения бактериовыделения в 1,6 раза чаще, закрытия полостей деструкции – в 2,0 раз чаще, чем в группе сравнения, в отдаленном периоде – добиться стабилизации фиброзно-кавернозного туберкулеза в 1,6 раза чаще, сократить летальность в 6,9 раза.

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ – СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ СТАЦИОНАРЕ

ЗЫРЯНОВА Т. В.¹, АМИТИНА Т. Р.², ПОДДУБНАЯ Л. В.¹, ФЕДОРОВА М. В.¹

TUBERCULOSIS AND HIV-INFECTION – CONCURRENT CONDITIONS IN SPECIALIZED TB HOSPITAL

ZYRYANOVA T. V.¹, AMITINA T. R.², PODDUBNAYA L. V.¹, FEDOROVA M. V.¹

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск

²ГБУЗ НСО ГОНКТБ, «Новосибирская клиническая туберкулезная больница», г. Новосибирск

¹Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

²Novosibirsk Clinical TB Hospital, Novosibirsk, RF

Распространение ВИЧ-инфекции привело к увеличению числа случаев туберкулеза в большинстве стран мира, как экономически благополучных, так и слаборазвитых. Это связано с тем, что у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза, независимо от их социального статуса и материальной обеспеченности, ВИЧ-инфекция приводит к нарушению функций иммунитета и благоприятствует развитию туберкулеза. Значимость проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией связана с неблагоприятным прогнозом дальнейшего его распространения, что обусловлено высокой инфицированностью населения микобактериями туберкулеза и продолжающимся распространением ВИЧ-инфекции.

Цель: изучить социальный статус, структуру клинических форм туберкулеза и характер туберкулезного процесса у больных ВИЧ-инфекцией по материалам противотуберкулезного стационара.

Материалы и методы. Изучены истории болезни больных туберкулезом органов дыхания, наблюдавшихся в ГБУЗ НСО «ГОНКТБ» в 2013 г. Про-

ведены изучение эпидемиологического анамнеза, анализ клинко-рентгенологических, лабораторных данных и их статистическая обработка.

Результаты. В 2013 г. в стационаре лечились 286 пациентов с сочетанной патологией. Это составило 32,5% от общего числа лечившихся в стационаре больных туберкулезом. Возраст пациентов составил от 18 до 63 лет, в среднем – $35,0 \pm 7,8$ года. Среди 286 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции преобладали мужчины трудоспособного возраста (80%), неработающие – 91%, потребители инъекционных наркотиков – 65%, алкоголя – 62%, курильщики – 77%, ранее находившиеся в пени-тенциарных учреждениях – 55%. У значительного большинства больных (91%) туберкулез был выявлен при обращении за медицинской помощью. Местом первичного обследования у 75% больных были поликлиники и стационары общей лечебной сети. У 85% больных туберкулез был выявлен впервые, у 13% пациентов наблюдали рецидив туберкулеза, у 2% – хронические формы.

По клиническим формам больные распределялись следующим образом: диссеминированная – 52%, милиарный туберкулез – 7,4%, инфильтративная – 26,4%, казеозная пневмония – 8,2%, плеврит – 3,4%, очаговая – 1,3%, фиброзно-кавернозная – 1,3%. У $\frac{3}{4}$ больных установлен распространенный, остро прогрессирующий процесс в легких. У 80% больных туберкулез легких сочетался с внелегочной локализацией процесса: с туберкулезом плевры ($n = 66$), туберкулезом ЦНС (менингит, менингоэнцефалит) ($n = 63$), туберкулезом периферических лимфатических узлов ($n = 11$), туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов ($n = 7$), туберкулезом органов брюшной полости ($n = 6$), туберкулезом гортани ($n = 3$), туберкулезным спондилитом ($n = 3$). Поражение 3 органов и более было отмечено у 6% ($n = 17$) пациентов. Сочетанная патология была установлена одновременно у 73% больных. У остальных пациентов туберкулез был диагностирован на фоне ВИЧ-инфекции в сроки от 1 до 8 лет. ВИЧ-инфекция выявлялась в большинстве случаев в противотуберкулезных учреждениях (51%), реже – в местах лишения свободы (12%) и в общей лечебной сети (9%). В 28% случаев место выявления ВИЧ-инфекции установить не удалось, так как пациенты скрывали эту информацию. У большинства больных ($n = 243$) ВИЧ-инфекция регистрировалась в поздних стадиях 4Б – 46,5%, 4В – 38,4%, только у 1,4% ($n = 4$) – в 4А стадии и у 6,3% ($n = 18$) – в 3-й стадии. У 7% пациентов стадию ВИЧ-инфекции уточнить не удалось, так как они умирали в 1-е сут.

Общее состояние при поступлении в стационар оценивалось как тяжелое у 58% пациентов, средней степени тяжести – у 30%, как удовлетворительное – у 12%.

У всех пациентов отмечены симптомы интоксикации: выраженные – 49%, умеренно выраженные – 48%, слабовыраженные – 3%. Жалобы на кашель, одышку, боль в грудной клетке предъявляли $\frac{2}{3}$ пациентов. При физикальном обследовании изменения в легких отмечены у $\frac{1}{3}$ ($n = 95$) больных. Кроме того, 22% больных предъявляли жалобы на головную боль, 18% – отмечали нарушение сознания. У большинства пациентов диагности-

ровали осложнения основного процесса: легочно-сердечная недостаточность (63%), кахексия (33%), отек головного мозга (22%), кровохарканье (2%), нодулобронхиальные и торакальные свищи, абсцессы ПЛУ (1%). При рентгенологическом исследовании у большинства пациентов ($n = 228$) определялись распространенные двусторонние процессы в легких, в 53% случаев – с деструкцией. Большинство больных (74%) являлись бактериовыделителями. У 40% больных, выделяющих микобактерии туберкулеза, определялась лекарственная устойчивость ($n = 84$), из них множественная – у 74% ($n = 62$). Иммунограмма: $CD4^+$ менее 200 клеток/мкл имели 59,4% больных, 200-350 клеток/мкл – 20,3%, 350-500 клеток/мкл – 10,1%, более 500 клеток/мкл – 10,2%. Вирусная нагрузка: РНК ВИЧ более 100 000 коп/мкл имели 61% пациентов, менее – 39%.

Все пациенты получали химиотерапию (86% в индивидуальном режиме – Z, E, PAS, Fq, Cys, Am, K, Pt и пр.), остальные в стандартном I режиме. Антиретровирусную терапию (АРВТ) получали 54% больных, 10% больным АРВТ не была показана, остальные либо отказались, либо не были осмотрены инфекционистом центра СПИДа.

Исходы к окончанию курса лечения в стационаре: летальный – 37,5%, ухудшение – 3,1%, без динамики – 35,3%, улучшение – 24,1%.

Заключение. Среди лечившихся в специализированном противотуберкулезном стационаре в 2013 г. больных $\frac{1}{3}$ составили пациенты с сочетанной инфекцией – туберкулез и ВИЧ-инфекция.

Сочетанная патология туберкулез и ВИЧ-инфекция встречалась у социально неблагополучных лиц молодого возраста и характеризовалась распространенным туберкулезным процессом в легких и других органах (с деструкцией в зоне поражения у каждого второго) на фоне поздних стадий ВИЧ-инфекции и выраженной иммуносупрессии (80%). Это затрудняло излечение и приводило к неблагоприятным исходам (40%). Такая ситуация требует совместных координированных действий специалистов различного профиля (фтизиатра, инфекциониста, хирурга, невролога, уролога, окулиста, ЛОР-врача, остеолога и пр.).