

В группе неблагоприятных исходов лечения признаки иммунодефицита имелись в 77,3%, отсутствовали в 22,7%, а в группе благоприятных исходов в 64,7 и 35,3% случаев соответственно ($p > 0,05$). Так, один клинический признак отмечен в 32,6% случаев в основной группе против 26,6% случаев в группе сравнения, два клинических признака – в 17,4% против 16,5%, три клинических признака – в 14,0% против 10,8%, четыре клинических признака – в 7,0% против 7,2%, пять клинических признаков – в 3,7% против 2,9%, более пяти клинических признаков – в 2,5% против 0,7% ($p > 0,05$).

Наличие инфицирования вирусом Эпштейна – Барр (ВЭБ) установлено у 86,9% пациентов 1-й и 79,9% – 2-й группы. Инфицирование вирусом простого герпеса имели 95,6 и 93,5% пациентов. При обследовании на токсоплазмоз инфицирование диагностировано у 46,3 и 48,3%. Обследование на микоплазмоз выявило инфицирование только у одного пациента в группе неблагоприятных исходов. Инфицирование цитомегаловирусом (ЦМВ) установлено у 85,6 и 90,2%. Инфицирование хламидиями имели 32,9 и 23,4% пациентов. Клинические проявления ВЭБ-инфекции имели 11,2 и 3,6% пациентов в группах ($p = 0,018$), герпетической инфекции – 1,2 и 3,6%, токсоплазмоза – 0,4 и 1,4%, микоплазмоза – 0,8 и 1,4%, ЦМВ-инфекции – 4,1 и 5,8%, хламидийной инфекции – 3,7 и 1,4%.

Снижение ИРИ имели 94,7% пациентов с сочетанием ТБ и ВИЧ с неблагоприятным исходом и 92,5% пациентов с благоприятным исходом. Снижение уровня ИРИ до величин менее 0,2 характерно для 1-й группы 25,7% против 12,1% во 2-й группе ($p = 0,012$). При оценке уровня CD4-лимфоцитов у пациентов с сочетанием ТБ и ВИЧ до начала терапии статистически значимых отличий между

случаями лечения с благоприятными и неблагоприятными исходами не выявлено.

По величине вирусной нагрузки (копий/мл) до начала терапии анализируемые случаи стационарного лечения имели следующие различия: в группе неблагоприятных исходов в 60,9% случаев пациенты имели величину вирусной нагрузки более 100 тысяч копий/мл против 42% в группе благоприятных исходов ($p = 0,003$); величину вирусной нагрузки менее 20 тысяч копий/мл, наоборот, в большем числе случаев имели пациенты из группы благоприятных исходов – 41,9% против 27,8% ($p = 0,023$). В диапазоне показателя вирусной нагрузки 20 000–100 000 копий/мл исследуемые группы статистически не отличались.

При оценке влияния высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) на исход лечения ТБ у пациентов с сочетанной патологией ТБ и ВИЧ были учтены факт проведения ВААРТ, время начала ВААРТ и наличие побочных реакций при ее проведении. В группе благоприятных исходов ВААРТ проводилась чаще – 28,8%, чем в группе неблагоприятных исходов, – 18,6% ($p = 0,03$). По времени начала ВААРТ и наличию побочных реакций группы статистически значимых отличий не имели.

Заключение. При оценке факторов, влияющих на исход лечения ТБ у больных с ВИЧ в стационаре, установлено, что стадия ВИЧ, наличие клинических признаков иммунодефицита, уровень CD4-лимфоцитов не имеют прогностического значения. Однако наличие у пациента инфицирования ВЭБ, снижение уровня ИРИ до величин менее 0,2, наличие вирусной нагрузки более 100 тысяч копий/мл и отсутствие проведения ВААРТ способствовали неблагоприятному исходу стационарного лечения ТБ у больных ВИЧ.

УЧЕТ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ

СИТНИКОВА С. В., УДАЛОВА Т. Ю., МОРДЫК А. В.

ACCOUNTING OF PERSONAL SPECIFICS OF TB/HIV CO-INFECTION PATIENTS WHEN ORGANIZING TREATMENT

SITNIKOVA S. V., UDALOVA T. YU., MORDYK A. V.

КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4», г. Омск
ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Омск
ГБОУ ВПО «Омский государственный педагогический университет», г. Омск

Clinical TB Dispensary no. 4, Omsk, RF
Omsk State Medical University, Omsk, RF
Omsk State Teachers' Training University, Omsk, RF

Цель: сравнительная оценка личностных особенностей впервые выявленных больных с ин-

фильтративным туберкулезом и с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции (ВИЧ) для обеспе-

чения высокого уровня комплаенса с медицинским персоналом.

Материалы и методы. К участию в исследовании допущены интеллектуально сохранные пациенты с инфильтративным туберкулезом (1-я группа, $n = 40$) и ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез (2-я группа, $n = 35$). Обязательный критерий участия – подписание информированного согласия. Группы сопоставимы по полу и возрасту больных ($t = 0,869$; $p = 0,391$). У пациентов 2-й группы диагностирована 4Б стадия ВИЧ, диссеминированный туберкулез легких, генерализация процесса являлась критерием исключения. Использован 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла. Статистическая обработка проведена с использованием пакета программ Statistica 6. Проверку гипотезы нормального распределения значений проводили по асимметрии. Количественные данные представлены в виде Me – медиана и 25%, 75% квантили. Для сравнения показателей в группах применяли критерий Манна – Уитни (U). Результаты считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Результаты тестирования пациентов представлены в таблице. Точная адекватная оценка испытуемыми свойств и отношений доказывается высокими баллами по шкале «Надежность ответов».

При оценке коммуникативных свойств личности выяснено, что результаты по шкале «Замкнутость – открытость в общении» в среднем у всех исследуемых низкие ($p = 0,714$). Уровень сдержанности – активности в контактах с людьми в среднем соответствует принятым в социуме, без отличий в группах ($p = 0,931$). У больных с инфильтративным туберкулезом легких несколько пониженные оценки конформности, чем у пациентов с сочетанием ВИЧ/туберкулез ($U = 513,0$, $p = 0,044$). По шкале «Доверчивость – подозрительность»

результаты пациентов относятся к средним, они не являются доверчивыми или подозрительными, а результаты больных с коинфекцией очень низкие ($p = 0,011$). В целом пациенты с коинфекцией являются менее самоуверенными по сравнению с пациентами с инфильтративным туберкулезом легких ($p = 0,009$). При оценке волевой сферы установлено, что у пациентов с инфильтративным туберкулезом легких результаты «Расслабленность – напряженность» соответствуют средним значениям, у пациентов с ВИЧ/туберкулез – к низким ($p = 0,006$). По шкале «Неуравновешенность – контроль эмоциональных реакций» больные в среднем имеют низкие оценки ($p = 0,922$). Показатели дисциплинированности у пациентов с инфильтративным туберкулезом легких соответствуют результатам обычных людей, у пациентов с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез относятся к низким оценкам ($p = 0,060$). Уровень самоконтроля, сила воли у больных туберкулезом соответствует среднему уровню, свойственному большинству людей ($p = 0,604$). По результатам исследования интеллектуальной сферы пациенты с изолированным диагнозом туберкулез имеют средние оценки, а пациенты с сочетанием ВИЧ/туберкулез – низкие ($p = 0,009$).

Заключение. У пациентов с инфильтративным туберкулезом легких имело место выраженное стрессовое состояние на информацию о наличии у них туберкулеза, большинство пациентов с коинфекцией уже адаптировались к характеру своего заболевания и вследствие проблемности статуса «ВИЧ+» научились скрывать свои мысли и чувства, проявлять меньше эмоций. У больных ВИЧ/туберкулез наблюдаются самоуверенность, нечувствительность к социальному одобрению, бесстрашие – бравада и «гусарство» (заболева-

Таблица

Значения показателей по отдельным шкалам опросника Р. Кеттелла в сравниваемых группах

Шкалы	1-я группа ($n = 40$)			2-я группа ($n = 35$)			U	p
	25%	Me	75%	25%	Me	75%		
Надежность ответов	6,0	8,0	9,0	6,0	8,5	9,0	664,0	0,697
Замкнутость – открытость	6,0	7,0	9,0	6,0	7,0	8,0	666,0	0,714
Сдержанность – активность	6,0	7,0	9,0	6,0	8,0	9,0	692,0	0,931
Конформность – неконформность	3,0	6,0	7,0	5,0	6,0	8,0	513,0	0,044
Доверчивость – подозрительность	5,0	6,0	7,0	5,0	6,0	7,0	625,0	0,418
Бедность – богатство, эмоциональная реакция	4,0	5,0	6,0	2,0	4,0	5,0	464,0	0,011
Уверенность – неуверенность в себе	7,0	8,0	9,0	5,0	6,0	7,0	459,0	0,009
Расслабленность – напряженность	5,0	6,0	9,0	4,0	5,0	7,0	448,0	0,006
Неуравновешенность – контроль эмоциональных реакций	4,0	6,0	6,0	4,0	5,0	7,0	691,0	0,922
Дисциплинированность	7,0	8,0	10,0	6,0	8,0	9,0	526,0	0,060
Самоконтроль	7,0	7,5	9,0	5,0	7,0	9,0	652,0	0,604
Логический интеллект	7,0	8,0	9,0	4,0	5,0	8,0	458,0	0,009

ние в настоящий момент неизлечимо). На самом деле их самооценка низкая: они считают себя неспособными добиться успеха в различных видах деятельности. Возможно, данное обстоятельство связано с их зависимостью от состояния здоровья, в то время как пациенты с впервые выявленным туберкулезом в начале лечения не ставят свою жизнь в зависимость от медикаментозного лечения. Медицинскому персоналу возможно иногда манипулировать их бравадой для достижения лечебных целей, но «взывание к совести» или другим социальным нормам неэффективно. Необходимо контролировать выполнение медикаментозных

назначений пациентами с ассоциированной инфекцией ВИЧ/туберкулез вследствие их низкой дисциплинированности, безответственности и небрежности в выполнении социальных норм. В сравнении с больными инфильтративным туберкулезом легких пациенты с ассоциированной инфекцией обладают менее развитым логическим мышлением и умственными способностями, слабым познавательным интересом, медленной обучаемостью, поэтому общение необходимо выстраивать на доступном уровне, не надеяться на стендовую информацию, буклеты и т. п., а проводить устные разъяснительные беседы.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

СКОПИН М. С., ЗУБАНЬ О. Н., РЕШЕТНИКОВ М. Н.

SURGERY TACTICS FOR TUBERCULOSIS COLITIS IN HIV PATIENTS

SKOPIN M. S., ZUBAN O. N., RESHETNIKOV M. N.

ГКУЗ «Московский городской НПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

Moscow Municipal Scientific Practical Center of Tuberculosis Control, Health Department of Moscow, Moscow, RF

Цель: улучшение результатов хирургического лечения перфоративных туберкулезных язв кишечника у больных ВИЧ-инфекцией путем резекции кишки с наложением отсроченного анастомоза (после стихания перитонита) и применения программных санаций брюшной полости.

Материалы и методы. С 2006 по 2012 г. оперировано в экстренном порядке 76 пациентов с ВИЧ-инфекцией в стадии 4В и перфоративными туберкулезными язвами кишечника. В зависимости от локализации язв производили резекцию тонкой кишки или правостороннюю гемиколэктомию. В 1-й группе ($n = 40$) первичный анастомоз не накладывали, осуществляя назоинтестинальную интубацию, оставляя сформированные культя приводящего и отводящего отделов кишечника в брюшной полости. Выполняли санационные релапаротомии с интервалом в 48 ч (2-5 санаций). После стихания перитонита накладывали двухрядный анастомоз. Во 2-й группе ($n = 36$) резекцию кишки завершали одномоментным наложением анастомоза, назоинте-

стиальной интубацией, применяли программные санации брюшной полости.

Результаты. В 1-й группе наблюдали более быстрое стихание перитонита (на 5-10-е сут), при этом несостоятельности анастомозов не отмечали, перфорации новых язв обнаружены у 8 (20,0%) больных. Умерло 22 (55,0%) пациента в течение 1-3 сут их пребывания в стационаре. Во 2-й группе умерло 28 (77,8%) пациентов, у 18 (50,0%) из них отмечены новые специфические язвы кишечника и прогрессирование перитонита, что потребовало выполнения повторных оперативных вмешательств.

Заключение. Резекция кишки с отсроченным наложением анастомоза в совокупности с назоинтестинальной интубацией, полным парентеральным питанием, программными санациями брюшной полости и противотуберкулезной терапией у больных с перфоративными туберкулезными язвами кишечника и ВИЧ-инфекцией позволила снизить долю послеоперационных осложнений с 50,0 до 20,0% ($p < 0,05$) и уменьшить летальность с 77,8 до 55,0%.