

шение их размеров наблюдали у 39 (56,5%) человек основной группы, в контрольной – у 41 (46,6%). На начальных этапах наблюдения лечение с использованием ПП было проведено на фоне кровохарканья у 3 человек основной и у 5 – контрольной группы. У всех пациентов наблюдали усиление или рецидив кровохарканья на фоне ПП, что было обусловлено увеличением давления в легочной артерии. В этой связи считаем наличие легочного кровотечения противопоказанием для использования ПП до момента окончательной (чаще хирургической) остановки легочного кровотечения.

Несмотря на положительную клинико-рентгенологическую динамику, 12 человек в контрольной группе прекратили лечение досрочно через

2-4 мес. от начала использования ПП из-за недисциплинированности и социальной дезадаптации. В основной группе таких случаев не было.

Выводы. 1. В комплексном лечении больных туберкулезом, в том числе при сочетании с ВИЧ-инфекцией, возрастает роль ПП. Введение в программу лечения ПП позволяет повысить эффективность лечения не менее чем на 50%, среди больных ТБ/ВИЧ этот эффект более выражен.

2. У больных ТБ и ТБ/ВИЧ наблюдается ряд побочных эффектов ПП, наиболее существенным является повышение давления в легочной артерии в первые недели использования ПП. В этой связи наложение ПП при легочном кровотечении противопоказано.

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВЫЖИВШИХ И УМЕРШИХ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

И. Г. АТРОШЕНКО¹, Е. Г. ЕФИМОВА¹, Л. И. БОГДАНОВА¹, Е. В. РЕМЕЗОВА¹

¹ОБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер им. М. Б. Стоюнина»

²ТБОУ ВПО «ИвГМА» Минздрава РФ, г. Иваново

Цель исследования: выявить факторы, способные оказать влияние на эффективность лечения туберкулеза (ТБ) у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Сравнительное когортное исследование проведено методом сплошной выборки, предполагало ретроспективный анализ особенностей течения диссеминированного ТБ с учетом исхода заболевания у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, госпитализированных для лечения в течение одного года (2013 г.). В 1-ю группу включены больные, выписанные «с улучшением» (15 человек), во 2-ю группу – истории болезни 15 пациентов, 14 из которых умерли в стационаре, 1 – через 2 дня после выписки, связанной с отказом от лечения. Группы являлись сопоставимыми по возрасту, социальному статусу, образу жизни, стадии ВИЧ-инфекции у больных. Так, в 1-ю группу включено 11 мужчин и 4 женщины с ВИЧ-инфекцией IV Б-В стадий, средний возраст $31,6 \pm 3,0$ года, 13 из них не работали, 9 – не имели семьи, 10 страдали алкоголизмом II стадии, 8 являлись потребителями инъекционных опиоидов. Во 2-й группе было 14 мужчин и 1 женщина с ВИЧ-инфекцией IV Б-В стадий, средний возраст $34,3 \pm 3,3$ года, из которых: 13 – не работали, 12 – не имели семьи, 8 – страдали алкоголизмом II стадии, 9 – являлись потребителями инъекционных опиоидов. Все пациенты не наблюдались в ВИЧ-центре, не проходили химиопрофилактику ТБ, по 1-2 человека из этих групп в период предшествующих госпитализаций в противотуберкулезные учреждения получали антиретровирусные препараты, но самостоятельно прерывали терапию.

Результаты. Анализ спектра коинфекций показал, что в 1-й группе 9 пациентов страдали гепатитом С, 2 – гепатитом В, у 9 – выявлен кандидоз слизистой оболочки ротовой полости, пищевода, у 1 больного – herpes-поражение. Во 2-й группе в 12 случаях диагностирован гепатит С, в 8 – гепатит В, в 2 – цитомегаловирусная (ЦМВ) инфекция (генерализованная или в виде пневмонии), в 1 – пневмоцистная пневмония, в 8 – кандидоз. Во 2-й группе чаще встречалось сочетание гепатитов С и В, а прогрессирование ЦМВ-инфекции явилось непосредственной причиной смерти. В обеих группах одинаково часто поражение легких сочеталось с вовлечением в процесс других органов. В 1-й группе плеврит диагностирован у 7 больных, менингоэнцефалит – у 2, перитонит – у 1, поражение почек – у 2, лимфатических узлов (внутригрудных, мезентериальных, периферических) – у 4 больных. Во 2-й группе, по данным аутопсии, чаще встречался менингоэнцефалит (6 человек), ТБ почек (5 человек), лимфатических узлов (9 человек), печени (4 человека), селезенки (6 человек). Вместе с тем при поступлении больные 1-й группы чаще имели нормальное количество лейкоцитов в гемограмме (11 человек), нередко (7 человек) – нормальную температуру тела, нормальное содержание белка (13 человек), сахара (15 человек), билирубина (10 человек), креатинина (13 человек) в сыворотке крови; средний уровень гемоглобина составлял $89,1 \pm 7,7$ г/л, средний показатель СОЭ – $50,9 \pm 4,8$ мм/ч. Аналогичные тенденции наблюдались во 2-й группе: нормальное количество лейкоцитов в гемограмме – 11 человек, нормальная температура тела – 7, в сыворотке крови

нормальное содержание белка – 13, сахара – 12, билирубина – 9, креатинина – 12 человек; средний уровень гемоглобина составлял $85,5 \pm 7,3$ г/л, а СОЭ – $53,8 \pm 5,2$ мм/ч; чаще выявлялся дефицит массы тела (6 больных). В 1-й группе микобактерии туберкулеза (МБТ) методом бактериоскопии мокроты выявлены у 11, при посеве – у 14 человек. Лекарственная устойчивость (ЛУ) МБТ имела у 9 больных, в том числе множественная ЛУ – у 5 человек. Во 2-й группе МБТ при бактериоскопии мокроты выявлены у 9, при посеве – у 13 человек. ЛУ МБТ зарегистрирована у 9 больных, множественная ЛУ – у 5 человек, широкая ЛУ – у 1 человека. Статус по ВИЧ-инфекции в 1-й группе: количество CD4 было менее 50 кл/мкл – у 7 человек, 50-99 кл/мкл – у 3 человек, 100 кл/мкл и более – у 5; вирусная нагрузка имела индивидуальные значения, лиц с уровнем менее 100 к/мл в начале лечения не было. Во 2-й группе количество CD4 было менее 50 кл/мкл – у 9 человек, 50-99 кл/мкл – у 2, 100 кл/мкл и более – 3; лиц с уровнем вирусной нагрузки менее 100 к/мл в начале лечения не было. Антитретовирусную терапию, в соответствии с ре-

комендациями врача-инфекциониста, не получали во 2-й группе – 13 человек, получали первую комбинацию препаратов, не обеспечившую повышение количества CD4-клеток и снижение вирусной нагрузки, – 2 пациента. В 1-й группе антитретовирусная терапия не назначалась 6 пациентам, была эффективной у 9 больных (у 2 из них ответ получен уже на первую комбинацию препаратов, у 5 – потребовалась одна смена препаратов, у 2 – две смены схем терапии), у 3 пациентов получена лабораторная ремиссия.

Выводы. Факторами, способствующими летальному исходу у больных диссеминированным ТБ и ВИЧ-инфекцией, являются наличие коинфекций в виде сочетания гепатитов В, С, ЦМВ-инфекции, развитие менингоэнцефалита, ТБ почек, печени, селезенки, дефицит массы тела. Вместе с тем важно отметить, что даже у больных с генерализованным процессом возможно благоприятное течение ТБ в случае эффективной антитретовирусной терапии. Складывается впечатление о желательности более раннего назначения антитретовирусной терапии, возможности ее начала с препаратов второй линии.

ПРОБЛЕМЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Г. С. БАЛАСАНИЯЦ, В. Б. ГАЛКИН

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России

Значительный рост сочетанной патологии – туберкулез и ВИЧ-инфекция (ТБ/ВИЧ) – в последние годы ставит перед фтизиатрической службой новые задачи активной методической работы с Центрами СПИД по вопросам выявления туберкулеза среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования: изучение места и методов выявления туберкулезной инфекции у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Изучены формы федеральной статистической отчетности, а также сформированы и отправлены в противотуберкулезные организации Северо-Западного федерального округа (СЗФО) специальные информационные таблицы. По 2013 г. из 9 территорий были получены данные, которые проанализированы и сравнены с информацией за 2012 г. по тем же территориям.

Результаты. Анализ показал, что на 9 территориях СЗФО, включая наиболее пораженную в отношении ТБ/ВИЧ Ленинградскую область, в 2012 г. было выявлено 456 больных ТБ/ВИЧ, в 2013 г. – 505, на 19,9% больше. Практически половину случаев туберкулеза выявляли в общей лечебной сети, куда обращались больные ВИЧ-инфекцией с различными жалобами: 2012 г. – 235 (51,5%), 2013 г. – 245 (48,5%). С одинаковой частотой пациенты ТБ/ВИЧ выявлялись в местах лишения свободы – 11,0 и 12,1% соответственно

в 2012-2013 гг. В среднем каждый пятый больной ВИЧ-ассоциированным туберкулезом был диагностирован в противотуберкулезных организациях: 2012 г. – 88 (19,3%), 2013 г. – 112 (22,2%). Доля больных, у которых диагноз туберкулеза был поставлен в Центре СПИД, была незначительной и составила в 2012 г. 9,4%, а в 2013 г. еще меньше – 8,5%. Доля больных ВИЧ-инфекцией, у которых туберкулез был выявлен посмертно, была незначительной: соответственно 2,0 и 1,6% в 2012-2013 гг. Следует отметить, что в Новгородской и Вологодской областях в центрах СПИД не выявлено ни одного больного с сочетанной патологией за два года.

Основным методом выявления туберкулеза был лучевой – соответственно 84,7 и 75,4% в 2012-2013 гг., хотя в 2013 г. его вклад в диагностику туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией понизился почти на 10%. Одновременно зафиксирован существенный прирост доли выявления туберкулеза путем ПЦР-диагностики патологического материала, в первую очередь за счет технологии Xpert MTB/RIF – с 2,7% в 2012 г. до 13,3% в 2013 г. Микроскопическое исследование мокроты позволило обнаружить туберкулез у 8,5 и 8,1% пациентов соответственно в 2012-2013 гг. Гистологическое исследование дало положительные результаты в 2,3 и 2,2% случаев за исследуемые годы. Туберкулино-