
ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ В КАЧЕСТВЕ ИНДИКАТОРА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПНЕВМОЦИСТНУЮ ПНЕВМОНИЮ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Е. Ф. ИВАХНЕНКО

Городской противотуберкулезный диспансер, г. Севастополь

Диагностика пневмоцистоза, в частности пневмонии, вызванной *Pneumocystis (carinii) jirovecii*, является актуальной на территориях со значительным бременем ВИЧ-инфекции. Частота выявления самого возбудителя в мокроте или жидкости бронхоальвеолярного лаважа достигает менее 1%. Основанием для проведения этиотропной терапии в больших дозах служат клинически выраженная, остро возникшая одышка, сухой кашель, наличие в легких рентгенологически установленного диссеминированного процесса или усиленного легочного рисунка. Лабораторные данные малоэффективны. Так, изменение лактатдегидрогеназы характерно для большинства выраженных дыхательных расстройств. Врачу в определении причин быстро возникшей дыхательной недостаточности приходится ориентироваться только на клинические данные. Лечение триметопримом в небольших дозах не всегда способствует быстрому купированию одышки у пациентов.

Цель исследования: оценить пульсоксиметрию в качестве индикатора эффективности этиотропного лечения при подозрении на пневмоцистную пневмонию у больных туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Пульсоксиметрия (оксигеметрия, гемоксиметрия) – неинвазивный метод определения степени насыщения крови кислородом. В основе метода лежит спектрофотометрический способ оценки количества гемоглобина в крови.

Обследовано 15 пациентов с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией с признаками легочной недостаточности. У 13 пациентов рентгенологически

определялся туберкулез в пределах 2-6 сегментов одного легкого, у 2 – распространенность туберкулеза превышала 6 сегментов. У всех пациентов измеряли показатель SpO_2 в покое в утренние часы, определяли частоту дыхания и пульс. Исследование проводили в теплое время года при согласии пациента.

Результаты. Все показатели SpO_2 были разделены по 2 группам: «90% и выше» и «ниже 90%». Из 15 пациентов в группу «ниже 90%» вошли 4 пациента, причем у 2 из них показатель SpO_2 находился на уровне 80 и 82%. В этой группе отмечались высокая частота пульса (выше 120 уд/мин) и тахипноэ до 30 в 1 мин. Назначение триметоприма-сульфаметаксазола и дексаметазона привело к улучшению состояния пациентов и росту показателя SpO_2 до 90% в течение 7 дней. Еще у 2 пациентов этой группы показатель SpO_2 находился в пределах 85-90%, но одышка была выражена при нагрузке, им также был назначен триметоприм-сульфаметаксазол в лечебных дозах. Состояние больных стабилизировалось в течение 3-5 дней. Остальные 11 пациентов имели уровень SpO_2 90% и выше (от 90 до 96, в среднем 92,18%), одышка была отмечена у 1, клинических проявлений гипоксии не выявлено. Пациентам была назначена профилактическая схема лечения пневмоцистоза, состояние сохранялось стабильным на протяжении всего периода, назначение препарата клинического эффекта не дало.

Выводы. Возможно использовать низкие показатели (менее 90%) пульсоксиметрии как симптом пневмоцистной пневмонии у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Б. Я. КАЗЕННЫЙ, В. В. ХОРОШУТИНА, Е. В. КИРЬЯНОВА, Т. М. ХОРОШЕВА

БУЗ Орловской области «Областной противотуберкулезный диспансер»

Несмотря на относительно благоприятную ситуацию с ВИЧ-инфекцией в Орловской области, число лиц с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции (ТБ/ВИЧ) постоянно увеличивается, поддерживая резервуар туберкулезной инфекции.

Цель исследования: изучить особенности выявления, течения и эффективности лечения больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Изучен контингент лиц с ВИЧ-инфекцией и впервые выявленным туберкулезом органов дыхания и внелегочной локализации, зарегистрированных за период 2011-2013 гг.

Результаты. Среди наблюдаемой группы (50 человек) 94,3% составили лица в возрасте от 20 до 39 лет. До момента выявления туберкулеза антиретровирусную терапию получали 32%. Од-

новременно ВИЧ-инфекция и туберкулез были выявлены у 9 (18%) пациентов. На момент выявления туберкулеза 88,5% больных имели 4-ю стадию ВИЧ-инфекции. Выявление туберкулеза в 74,4% случаев происходило при обращении пациентов за медицинской помощью с такими симптомами, как лихорадка, похудание, потливость. Жалобы больных на органы дыхания встречались в 56% случаев, 22% пациентов при подробном расспросе сообщили о наличии в анамнезе контакта с больным туберкулезом. У больных исследуемой группы диагностированы различные формы туберкулеза. Туберкулез органов дыхания составил 94,1% (47 пациентов), туберкулез внелегочной локализации (поражение периферических лимфатических узлов) – 5,9% (3 пациента). Отмечалась высокая частота (25%) диссеминированного туберкулеза легких. Бактериовыделение установлено у 29 (61,7%) пациентов, из них лекарственная устойчивость возбудителя наблюдалась у 10 (34,5%) больных, множественная лекарственная

устойчивость микобактерий туберкулеза (МЛУ МБТ) – у 4 (13,8%) пациентов.

Все пациенты по поводу туберкулеза получали стандартные режимы химиотерапии. На настоящий момент имеются следующие результаты лечения: 25 (50%) пациентов эффективно завершили курс лечения, 6 (12%) случаев неэффективного лечения по причине МЛУ МБТ, 6 (12%) случаев летального исхода, остальные пациенты продолжают лечение. Противотуберкулезную терапию назначали параллельно с адекватной антиретровирусной терапией.

Выводы. 1. Выявление туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в большинстве случаев происходит при обращении за медицинской помощью.

2. У больных среди форм туберкулеза чаще, чем лиц без ВИЧ-инфекции, встречается диссеминированный туберкулез легких.

3. Эффективное лечение туберкулеза возможно только при координированных действиях фтизиатров и врачей-инфекционистов.

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ОЦЕНКЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Н. Е. КАЗИМИРОВА, А. М. ЗЛАТОРЕВ

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России

Цель исследования: определить возможности использования показателей variability сердечного ритма (ВСР) в оценке вегетативного гомеостаза у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией для создания системы индивидуального мониторинга качества лечебного процесса, позволяющей оперативно изменять тактику лечебного процесса.

Материалы и методы. Изучение показателей ВСР проведено у 43 больных впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких (ИТ), распределенных на 1-ю группу (ТБ, $n = 21$) и 2-ю группу (ТБ/ВИЧ, $n = 22$). Исследование ВСР проводили в состоянии покоя и после активной ортостатической пробы с помощью программно-технического комплекса «Анкар-131» с регистрацией не менее 200 кардиоциклов и расчетом основных показателей временного и частотного анализа ВСР: мода (M_0 , мс), амплитуда моды (AM_0 , %), вариационный размах (ВР, с), индекс напряжения (ИН, у. е.), общая спектральная мощность (ΓP , мс²), процентный вклад высокочастотных (HF, %, 0,15-0,4 Гц), низкочастотных (LF, %, 0,04-0,15 Гц) и очень низкочастотных (VLF, %, 0,003-0,04 Гц) составляющих волнового спектра ВСР.

Результаты. Анализ ВСР выявил, что аддитивное действие микобактерий туберкулеза и ВИЧ вызывает явный вегетативный дисбаланс в

макроорганизме, о чем свидетельствует разнонаправленность вегетативных реакций во 2-й группе: одинаково часто в спектре СР встречаются низкочастотные (LF) и крайне низкочастотные (VLF) составляющие (по 42,9%) при 14,3% доли случаев с превалированием высокочастотных волн (HF). Одновременно высокий уровень LF и VLF свидетельствует о несостоятельности симпатикотонических стресс-реализующих систем (LF) в обеспечении вегетативного гомеостаза, приводящей к гиперактивности центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов регуляции адаптивной деятельностью сердечно-сосудистой системы (ССС) (VLF), реализующейся через изменение содержания в крови гормонов. При этом наличие только микобактериальной инфекции в группе больных ТБС вызывает преимущественную активацию симпатического отдела ВНС, о чем свидетельствует превалирование низкочастотных волн (LF) в спектральной мощности ритма сердца у 94,1% больных ТБ, и только у 5,9% отмечается гиперстимуляция центральных механизмов, что позволяет предполагать состоятельность основной стресс-реализующей системы организма.

Ортостатическая проба подтверждает разбалансированность взаимодействия основных регуляторных систем организма у больных ТБ/ВИЧ, так как в ответ на нагрузку симпатикотонические