

томографии коррелировало с частотой бактериовыделения.

На фоне ВИЧ-инфекции во всех группах отмечалась высокая (более 70%) частота встречаемости внутригрудной лимфаденопатии. Характер изменений в легочной ткани при КТ у пациентов с иммуносупрессией, вероятнее всего, обусловлен потерей способности организма на фоне снижения иммунного статуса к продуктивным реакциям.

Выводы. По мере нарастания иммуносупрессии в КТ-картине туберкулеза органов дыхания отмечается появление атипичных КТ-синдромов (очаги по типу «матового стекла», интерстициальная инфильтрация, тонкостенные полости) со снижением частоты альвеолярной очагово-сливной инфильтрации и распада в легочной ткани. Для 70,0% больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом независимо от уровня CD4 характерно увеличение внутригрудных лимфатических узлов.

Особенности проявлений туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных в Оренбургской области

В.Р. Межебовский¹, С.А. Чуркин², А.В. Петрищев², З.И. Танашева¹

¹ Оренбургская государственная медицинская академия;

² Оренбургский областной туберкулезный диспансер

Введение. Актуальность исследования обусловлена увеличением доли больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфицированностью, сложностью выявления туберкулеза и его терапии на фоне ВИЧ-инфекции.

Цель. Изучение проявлений туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных на территории Оренбургской области.

Материалы и методы. У 365 больных туберкулезом, протекавшим на фоне ВИЧ-инфекции, изучены особенности анамнеза жизни и заболевания, обстоятельства выявления заболевания, характер проявлений и эффективность терапии.

Результаты. В числе больных 75,1% (274) составили мужчины и 24,9% (91) женщины, из них моложе 30 лет — 20,0% (73), от 30 до 50 лет — 75,1% (274), старше 50 лет — 4,9% (18). В числе больных 60,0% (219) проживали в городах, 35,1% (128) — в селах и 4,9% (18) — без определенного места жительства. В момент выявления ВИЧ-инфицированности 90,1% (329) не имели работы, 70,1% (256) не имели семьи, 50,1% (183) освободились менее 2 лет назад из мест лишения свободы. У всех ВИЧ-инфекция была обнаружена при профобследовании, туберкулез у 80,0% (292) выявлен при обращении. У 50,1% (183) вначале была выявлена ВИЧ-инфекция, затем туберкулез, у 30,1% (110) вначале выявлен туберкулез, а затем ВИЧ-инфекция, у 20,0% (73) оба заболевания выявлены одновременно. У 80,0% больных (292) туберкулез выявлен при содержании CD4-клеток менее 300. Потеря веса отмечена у 65,2% (238), кашель и фебрилитет — у 54,8% (200), одышка — у 44,9% (164), выделение МБТ в мо-

кроте при отсутствии других признаков — у 3,0% (11). У 35,1% (128) отмечен диссеминированный процесс, у 30,1% (110) — инфильтративный, туберкулез ВГЛУ — у 20,0% (73), очаговый — у 4,9% (18), плеврит — у 3,0% (11). У 60,0% (219) имелись внелегочные поражения (туберкулез костей, ЦНС и др.). У 7,9% (29) больных при рентгенологическом обследовании патологии не выявлено. Бактериовыделение отмечено у 50,1% (183) при нормальном содержании CD4-клеток и у 80,0% (292) — при их содержании менее 100. У 54,8% (200) не имелось признаков лекарственной устойчивости, у 15,1% (55) имелась полирезистентность, у 20,0% (73) — МЛУ, у 9,9% (36) — ШЛУ. Отказов на терапию туберкулеза не было, на терапию ВИЧ-инфекции согласились только 50,1% (183) больных, причем лишь после выявления туберкулеза. Стабилизация ВИЧ достигнута у 90,1%, излечение туберкулеза — у 9,9%, улучшение — у 54,8%, без изменений — у 25,4%, ухудшение — у 9,9%.

Выводы

1. Туберкулез и ВИЧ наблюдаются преимущественно у мужчин (75,1%) в возрасте 30–50 лет (75,1%), преобладают жители городов (60,0%).
2. Социально дезадаптированные (безработные, бесхозяйные, из мест лишения свободы) составляют 50,1–90,1%.
3. ВИЧ-инфекция обнаруживается только при профилактическом обследовании, туберкулез у 80,0% выявляется при обращении.
4. Наиболее частыми проявлениями туберкулеза при ВИЧ-инфекции являются потеря веса (65,2%), кашель и фебрилитет (54,8%), одышка (44,9%).

5. Преобладают диссеминированные формы (35,8%), инфильтративные (30,1%) и туберкулез ВГЛУ (20,0%), внелегочные поражения — у 60,0%.
6. У 20,0% больных имеется МЛУ, у 9,9% — ШЛУ.
7. При комбинированной терапии удается получить стабилизацию ВИЧ-инфекции у 90,1% больных, у 64,7% — добиться улучшения и излечения туберкулеза.

Летальность больных с сочетанием туберкулеза и вирусных гепатитов

В.В. Нечаев¹, А.К. Иванов², Л.Н. Пожидаева³, В.Ю. Назаров¹

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова;

² Санкт-Петербургский институт фтизиопульмонологии;

³ Центр гигиены и эпидемиологии г. Санкт-Петербурга

Введение. Показатель летальности широко используется в эпидемиологии инфекционных заболеваний и характеризует частоту смертельных исходов при расчете на 100 больных той или иной болезнью. При многочисленных сочетанных инфекциях его применение весьма затруднено, так как не позволяет ответить на вопрос об истинных причинах, приведших к смертельному исходу, вследствие действия многих патогенетических факторов.

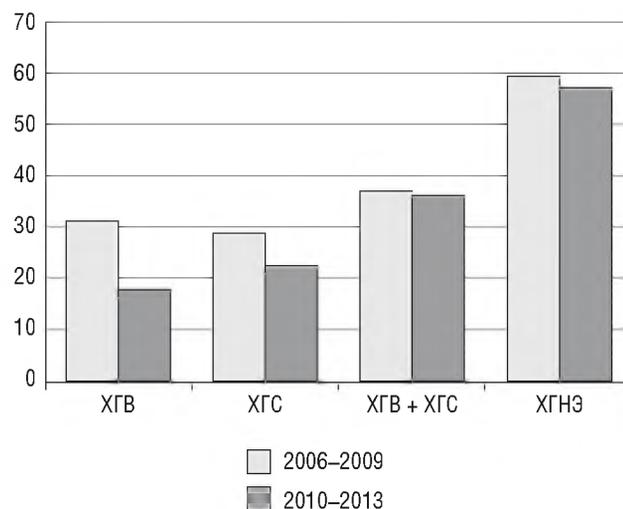
Цель. На основании изучения многолетней динамики летальности в группах риска оценить значимость данного показателя при сочетании вирусных гепатитов и туберкулеза.

Материалы и методы исследования. На основании программы «САУ-инфекция», фиксирующей сочетание инфекционных заболеваний в крупном мегаполисе, изучена летальность во всех ее проявлениях среди 1392 больных сочетанной инфекцией (СИ), зарегистрированных в Санкт-Петербурге в 2006–2013 годах.

Результаты и обсуждение. Среди когорты больных СИ летальность в среднем составила 28,4%. За указанный период средняя летальность от туберкулеза в Санкт-Петербурге была равна 5,7%, а от хронических вирусных гепатитов — 3,63 на 100 больных, то есть в 5 и 7,9 раза соответственно. Установлено, что заболеваемость при сочетании ТБ и ВГ в течение 8 лет увеличилась с 1,85 до 5,62 на 100 000 населения, то есть в 3 раза. При этом летальность у таких больных уменьшилась с 40,0 до 24,4%, то есть в 1,6 раза, что является отражением положительного влияния комплексного лечения. Тем не менее, при абсолютном большинстве умерших мужчин от СИ в сравнении с женщинами показатель летальности оказался выше среди женщин. Так, в 2006 г. летальность среди больных женщин с СИ была относительно выше, чем среди мужчин (41,7 против 39,3 на 100 больных), а в 2013 г. этот показатель

стал равным 33,1 и 27,1 на 100 больных, то есть коэффициент соотношения этих показателей увеличился с 1,06 до 1,2. Необходимо отметить, что летальность больных с СИ была наиболее высокой у лиц молодого и трудоспособного возраста (20–39 лет), но при сравнительном анализе летальности в 2006–2009 и 2010–2013 гг. отмечен рост этого показателя в возрастной группе 40–49 лет при снижении такового в возрасте 50 лет и старше.

Среди больных с сочетанием ТБ и ВГ сохраняется преобладание больных, имеющих одновременно ВГВ и ВГС, по сравнению с больными, страдающими только ВГС (45,3 и 28,9% в 2006 г. против 30,8 и 20,6% в 2013 г.; $p < 0,05$). Тем не менее, наиболее высокая летальность оказалась у лиц с сочетанием туберкулеза и хронического гепатита неустановленной этиологии (ХГНЭ), превышающая в 2,4 раза таковые при ХГВ и ХГС (см. рис.).



Летальность (%) среди больных СИ в Санкт-Петербурге в 2006–2009 и 2010–2013 гг.