

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ



Сборник научных статей
Республиканской научно-практической конференции
и 19-й итоговой научной сессии
Гомельского государственного медицинского университета
(Гомель, 23–24 февраля 2010 года)

Основан в 2000 г.

В четырех томах

Том 2

Гомель 2010

В процессе терапии отмечалась положительная динамика в течении заболевания, у всех детей констатировано выздоровление от пневмонии. Реабилитационное лечение было продолжено в педиатрическом отделении для новорожденных — 24 (60 %) ребенка, 16 детей (40 %) были переведены на II этап выхаживания недоношенных.

Таким образом, врожденная пневмония чаще встречается у недоношенных детей и маловесных к сроку гестации, родившихся в асфиксии. Предрасполагающими факторами для возникновения пневмоний у новорожденных явилось патологическое течение беременности и родов, а также наличие соматической патологии у матерей.

Тяжесть состояния усугублялась наличием сопутствующей патологии (энцефалопатия, неонатальная гипербилирубинемия, анемия, врожденные пороки сердца, внутримозговые кровоизлияния и др.) и требовала применения интенсивных методов лечения в отделении реанимации (искусственная вентиляция легких, инфузионная терапия, заместительная терапия сурфактантом, комбинированная антибактериальная терапия).

ЛИТЕРАТУРА

1. Берман, Р. Е. Педиатрия: Болезни плода и новорожденного, врожденные нарушения обмена веществ: рук-во / Р. Е. Берман. — М.: Медицина, 1987. — 504 с.
2. Коровина, Н. А. Принципы антибактериальной терапии тяжелых и осложненных пневмоний у детей раннего возраста / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников // Лечащий врач. — 2005. — № 1. — С. 15–19.
3. Кривогузов, С. П. Пневмония новорожденных: особенности диагностики и лечения / С. П. Кривогузов // Здоров'я України. — 2008. — № 18/1. — С. 32–33.
4. Шабалова, Н. П. Неонатология: учеб. пособие / Н. П. Шабалова; под ред. Н. П. Шабалова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕД-пресс-информ, 2004. — Т. 2. — 608 с.
5. Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.

УДК 616.24-002.5-036.1:[616.98:578.828НIV]

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА, АССОЦИИРОВАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Кроткова Е. Н., Богуцкий М. И., Шегда М. Н.

Учреждение здравоохранения

«Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез остается серьезной проблемой здравоохранения во всем мире. По данным ВОЗ [3], число больных туберкулезом в странах, в настоящее время, составляет около 36 млн. человек. Параллельно в мире возрастает число больных ВИЧ/СПИДом. В последние годы возрастает проблема ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Республике Беларусь [1]. На 1 января 2009 года в Беларуси было зарегистрировано более 400 случаев сочетанной инфекции, а в структуре смертности от СПИДа туберкулез занимает лидирующую позицию [1, 2].

Цель исследования

Изучить клинические особенности течения туберкулеза, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы исследования

Обследованы 17 больных туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией в возрасте от 28 до 47 лет, находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОКЦ «Фтизиатрия» за период 2004–2007 гг. Осуществлен тщательный анализ жалоб, эпидемиологического анамнеза, результатов осмотра и других клинико-диагностических методов обследования в соответствии с протоколами. Диагноз ВИЧ-инфекции был подтвержден двукратным выявлением антител к вирусу ВИЧ методом иммуноферментного анализа и иммунного блотинга в 100 % случаев.

Результаты и обсуждение

Среди наблюдаемых больных туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией, было 15 (88,2 %) мужчин и 2 (11,8 %) женщины. Средний возраст мужчин составил $33,7 \pm 4,51$ года,

женщин — $35,0 \pm 3,0$ года. Из них холостых было 6 (32,3 %) человек, состоящих в браке — 4 (23,5 %), ранее состоящих в браке — 7 (41,2 %) человек. Имели наркотическую зависимость 12 (70,8 %) человек, алкогольную — 8 (47,1 %) человек. У 10 (58,8 %) человек был установлен до поступления в стационар хронический гепатит С, у 1 (5,9 %) — хронический гепатит В и у 1 (5,9 %) больного — хронический гепатит микст (В + С). Инфильтративный туберкулез легких диагностирован у 8 (47 %) больных, из них в 6 случаях в фазе распада, фиброзно-кавернозный туберкулез легких — у 2 (11,8 %) больных, у 1 (5,9 %) 1 больной — с прогрессированием и обсеменением. 17,6 % больных страдали генерализованным гематогенным туберкулезом с диссеминацией в другие органы (селезенку, печень, почки), из них у 11,8 % заболевших имелись осложнения в виде поражения ЦНС (туберкулезный менингоэнцефалит). Очаговый туберкулез легких и туберкулезный плеврит имели место у 11,8 % наблюдаемых больных.

У 70,6 % наблюдаемых к моменту установления диагноза предшествовала ВИЧ-инфекция. Средний срок диспансерного наблюдения по поводу ВИЧ-инфекции до заболевания туберкулезом составил $3,58 \pm 0,92$ года, с колебанием от 1 года до максимального срока в 12 лет (1 случай). В 29,4 % случаев диагноз туберкулеза легких и ВИЧ-инфекции был выставлен практически одновременно, при этом у 2-х из них ВИЧ-инфекция была выявлена впервые в период пребывания в противотуберкулезном диспансере. Инфицирование половым путем имело место в 23,5 % случаях, при групповом внутривенном введении наркотических средств — в 28,8 % и в 17,6 % случаях путь инфицирования установить не удалось. Двое больных были инфицированы за пределами Республики Беларусь, один из них в Российской Федерации.

ВИЧ-инфекция, асимптомная стадия ПГЛ наблюдалась у 2 (11,8 %) больных, пре-СПИД — у 4 (23,5 %) больных и стадия СПИДа — у 11 (64,7 %) больных. Получали антиретровирусную терапию до поступления в противотуберкулезный диспансер 4 (23,5 %) больных. АРТ была назначена в период пребывания в стационаре (комбивир+эфапир) в общепринятой дозировке. Для лечения больных туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией, применялись противотуберкулезные препараты: изониазид 0,6 г/сут., рифампицин 0,6 г/сут., этамбутол 1,2 г/сут., пиперазид 1,5 г/сут., стрептомицин 1,0 г/сут., а также резервные препараты.

У 47,1 % больных проводимая терапия позволила добиться стабилизации туберкулезного процесса в легких и абациллирования. В 11,8 % случаев больные были переведены для продолжения лечения в другие противотуберкулезные стационары, а в 41,8 % — наступил летальный исход. В 71,4 % случаях, у умерших, туберкулез носил генерализованный характер с поражением не только легких, но и других внутренних органов (селезенка, печень, почки), в 14,3 % случаев — развился туберкулезный менингоэнцефалит, и у аналогичного количества случаев (14,3 %) — был установлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада с последующим развитием гнойного менингоэнцефалита и фиброзно-кавернозный туберкулез легких с бронхогенным обсеменением и подострый ВИЧ-энцефалит. У всех умерших был установлен диагноз ВИЧ-инфекция, стадия СПИД, уровень СБ4 клеток составил $133,25 \pm 11,66$, а СБ4/СБ8 $0,57 \pm 0,04$. До поступления в противотуберкулезный диспансер все умершие антиретровирусную терапию не получали, двум из них АРТ была назначена в период пребывания в стационаре, соответственно за 16 и 18 дней до летального исхода.

Заключение

Среди больных туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией преобладали мужчины (88,2 %) не работающие, средний возраст которых составил $33,7 \pm 4,51$ года. У большинства больных 70,6 % (12 из 17) инфицирование ВИЧ предшествовало заболеванию туберкулезом. Туберкулез на фоне иммуносупрессии, вызванной вирусом иммунодефицита человека, протекает весьма агрессивно, с выраженной тенденцией к генерализации туберкулезного процесса и сопровождается высокой летальностью (41,2 %), что согласуется с данными, полученными другими авторами [1, 4]. По нашему мнению, больные туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией, нуждаются в назначении антиретровирусной терапии в более ранние сроки, до развития выраженной иммуносупрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астровко, А. П. [и др.]. // Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и НППП. — Мн.: Доктор-Дизайн, 2006. — С. 68.
2. Вольф, С. Б., Шерендо, Я. М., Каптей, Н. Б. // Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП. — Мн.: Доктор-Дизайн, 2006. — С. 69–71.
3. Лебедева, Л. В. // Проблемы туберкулеза. — 2006. — № 9 — С. 3–5.
4. Скрыгина, Е. М., Астровко, А. П., Гуревич, Г. Л. // Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП. — Мн.: Доктор-Дизайн, 2006. — С. 71–73.