

При сопоставлении полученных данных после лечения установлено, что в группе больных, получающих стандартную противотуберкулезную терапию уменьшились лишь показатели КД и СТ в изопропанольной фазе на 10,1 % ( $p < 0,05$ ) и ТБК-активных продуктов на 15,3 % ( $p < 0,05$ ). В группе больных, получающих дополнительно «Цесейдин» изменения исследуемых параметров были более значимые. Так, содержание ДК в гептановой фазе снизилось на 26,7 % ( $p < 0,001$ ), показатель  $E_{278}/E_{220}$  увеличился на 14,8 % ( $p < 0,001$ ), уровень ДК в изопропанольной фазе снизился на 43,5 % ( $p < 0,001$ ), КД и СТ — на 18,5 % ( $p < 0,05$ ). Содержание ТБК позитивного материала уменьшилось на 28,6 % ( $p < 0,001$ ), уровень АОА возрос на 32,8 % ( $p < 0,001$ ) и практически достиг контрольных значений.

При анализе содержания селена отмечено, что до лечения его уровень в периферической крови в обеих исследуемых группах был ниже контрольного в 1,5–1,6 раза ( $p < 0,001$ ), в то время как уровень изученного элемента в моче достоверно от контрольного не отличался. Через 2 месяца лечения в 1-й группе содержание селена в крови практически не изменялось, в моче зафиксировано снижение выделения данного элемента на 57,4 % ( $p < 0,001$ ). В группе больных, получавших дополнительно селеносодержащий препарат, его уровень в крови повысился на 110,4 % ( $p < 0,001$ ) и превысил контрольные значения на 23,5 % ( $p < 0,01$ ). Необходимо отметить, что во 2-й группе элиминация с мочой селена достоверно не изменялась.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у больных туберкулезом органов дыхания в крови имеется снижение уровня антиоксидантной защиты и усиление процессов ПОЛ. Кроме этого, у больных туберкулезом органов дыхания, проживающих в Забайкалье, в крови имеется выраженное снижение уровня селена. Применение у данной категории больных, наряду с химиотерапией, селеносодержащего препарата «Неоселен» способствует устранению дисбаланса в системе «ПОЛ — антиоксиданты» и нормализации содержания селена в организме.

**А.А. Баранчукова, Е.Ю. Пушкарева**

## ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НЕТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Новосибирский НИИ туберкулеза (Новосибирск)  
Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)*

В последние годы остро встает проблема сочетания туберкулеза и хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ). С одной стороны, неспецифические заболевания легких занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения России. С другой стороны, в Западной Сибири заболеваемость туберкулезом выше, чем в среднем по России. Несмотря на тенденцию к стабилизации заболеваемости туберкулезом в Новосибирской области, клиническая структура впервые заболевших туберкулезом остается тяжелой, каждый второй имеет полости распада в легких и является бактериовыделителем. ХНЗЛ встречаются при любой форме туберкулеза легких. Но наиболее вероятно их развитие при длительном течении туберкулеза органов дыхания (ТОД), хирургическом его лечении, выраженных посттуберкулезных изменениях (ПТИ).

Основными факторами, способствующими возникновению ХНЗЛ, являются мета- и посттуберкулезный пневмосклероз, деформация бронхов, нарушение структуры слизистой оболочки бронхов, обуславливающее развитие мукоцилиарной недостаточности и нарушение системы «местной» защиты. В то же время наличие ХНЗЛ является фактором риска возникновения распространенных форм туберкулеза легких, способствует торпидному его течению, медленное и частичное рассасывание инфильтративных явлений приводит к развитию выраженных поствоспалительных пневмосклеротических изменений. Распространенность и выраженность остаточных изменений существенно влияют на частоту рецидивов ТОД.

**Цель исследования:** эпидемиологический анализ, выявление причин заболеваемости, особенностей течения специфических и неспецифических заболеваний органов дыхания при их сочетании.

### МЕТОДИКА

Проведено комплексное обследование 172 больных (46 женщин; 126 мужчин) с сочетанием хронических неспецифических заболеваний легких и туберкулеза органов дыхания. Хронические формы туберкулеза были у 16 больных. 45 человек (16 женщин; 29 мужчин) на момент осмотра были клинически излеченными, в т.ч. 34 человека — оперативным путем.

Перед осмотром выясняли жалобы пациентов на момент осмотра, собирали анамнез жизни, наследственный, профессиональный и эпидемиологический анамнез. Проводили объективное обследование

пациентов, анализ результатов исследования функции внешнего дыхания, электрокардиограммы, данных лабораторных и рентгенологических методов обследования. Все больные были проконсультированы пульмонологом.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

В структуре хронических нетуберкулезных заболеваний легких у обследованных больных преобладал хронический необструктивный бронхит — 90 человек (52,3 %). Причем, среди женщин данная нозология встречалась в 60,9 % случаев, а среди мужчин — в 49,2 % случаев. В 39,5 % случаев (68 человек) ХНЗЛ имели паратуберкулезный характер.

Достаточно высокая частота развития хронического бронхита до заболевания ТОД может объясняться тем, что среди обследуемого контингента большинство пациентов являлись работниками физического труда, имели длительный стаж курения и длительное время проживали в условиях резко континентального климата. Развитие на этом фоне туберкулезной инфекции, сопровождающееся гиперсекрецией слизи, нарушением мукоцилиарного транспорта, специфическим повреждением слизистой бронхов, присоединением вторичной бактериальной инфекции, деформацией бронхов часто приводит к развитию вторичного (метатуберкулезного) бронхита. Что наблюдалось в анализируемой группе больных в 59,3 % случаев (102 человека).

Среди больных ТОД и хроническим бронхитом женщины составили 31,1 %, мужчины — 68,9 %. Среди больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с туберкулезом легких женщин — 21,4 %, мужчин — 78,6 %. В целом, удельный вес ХОБЛ в структуре хронических неспецифических заболеваний легких у обследованных больных составил 40,75 % (70 человек). Всего в обследуемой группе больных 82 человека страдали хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОБЛ, бронхиальная астма (БА), сочетание ХОБЛ и БА), что составило 47,7 %.

До заболевания ТОД хроническими обструктивными болезнями легких страдали 28 человек (34,2 %), в том числе, все больные бронхиальной астмой. На фоне туберкулеза легких ХОБЛ развилась у 52 человек, что в структуре хронических обструктивных заболеваний ОД составило 63,4 %. После излечения от туберкулеза ХОБЛ манифестировала у двух больных. (2,4 %). В целом, ХОБЛ метатуберкулезного происхождения среди всех случаев ХОБЛ составила 74,3 % и в структуре хронических неспецифических заболеваний легких метатуберкулезного происхождения — 51 %.

Обращает на себя внимание тот факт, что в 30,8 % случаев (5 женщин и 11 мужчин) ХОБЛ развилась после оперативного лечения туберкулеза легких. Среди женщин с ХОБЛ метатуберкулезного происхождения это составило 45,5 %, среди мужчин — 26,8 %.

Более редкое развитие ХОБЛ на фоне ТОД у женщин может объясняться тем, что среди осмотренных мужчин все были курильщиками со стажем, чаще встречались больные более старшего возраста и с более распространенными формами туберкулеза (диссеминированный, фиброзно-кавернозный), что позволяет подозревать и большую длительность туберкулезного процесса у мужчин с сочетанной патологией на момент выявления.

Наличие бронхиальной обструкции при туберкулезе легких способствует формированию хронического легочного сердца (ХЛС) вследствие нарушения проходимости бронхов, регионарного ухудшения газообмена, развития дыхательной недостаточности.

У 52 осмотренных больных (7 женщин, 45 мужчин) были выявлены признаки ХЛС различной степени компенсации. Среди больных ТОД признаки ХЛС наблюдались в подавляющем большинстве, 48 человек (92 %), при сочетании туберкулеза и хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ). Что составило 58,5 % от всех больных с сочетанием ТОД и ХОЗЛ и 27,9 % от числа больных с сочетанием ТОД и хронических неспецифических заболеваний ОД. У 25 % (13 человек) больных ХЛС развилось после оперативного лечения ТОД.

Полученные цифры еще раз подтверждают, что наличие бронхиальной обструкции у больных ТОД способствует формированию ХЛС и является одной из причин высокой инвалидизации больных туберкулезом легких.

### ВЫВОДЫ

В структуре нетуберкулезных заболеваний легких у обследованного контингента больных преобладают хронические неспецифические заболевания органов дыхания метатуберкулезного происхождения, причем среди женщин преобладают больные хроническим бронхитом, среди мужчин — ХОБЛ. В 30,8 % случаев ХОЗЛ у больных туберкулезом легких развились после оперативного лечения туберкулеза легких. У 58,5 % больных с сочетанием ТОД и ХОЗЛ были выявлены признаки ХЛС. Причем, у каждого четвертого больного признаки хронической ЛСН появляются после оперативного лечения ТОД. Учитывая взаимоотношающее влияние ХНЗЛ и ТОД, необходима ранняя диагностика сопутствующих заболеваний ОД и их своевременная первичная и вторичная профилактика.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Фтизиатрия. Национальное руководство. — М., 2007. — 512 с.

2. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. — СПб., 1998.
3. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Пульмонология. — 2008. — № 2. — С. 5–14.
4. Шмелев Е.И., Куклина Г.М. Совершенствование лечения бронхиальной обструкции у больных туберкулезом легких // Пульмонология. — 2001. — № 1. — С. 23–27.
5. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Пульмонология. — 2007. — № 2. — С. 5–9.
6. Malin I. et al. COPD and the Risk of Tuberculosis - A Population-Based Cohort Study // PLoS One. — 2010 Apr. — Vol. 5 (4). — P. e10138.

**Т.М. Бурданова, Л.С. Орлова, М.В. Лемешевская, Н.Л. Шарифулина, М.С. Панютина, Ю.С. Тулохонова**

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

Заболеемость ВИЧ-инфекцией во всем мире не имеет тенденции к снижению. Без специфической высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у всех ВИЧ-инфицированных неизбежно развитие стадий ВИЧ 4-б, 4-в, 5 (по классификации В.В. Покровского, 2001 г.), которые представляют собой развернутую картину синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Туберкулез и пневмоцистная пневмония являются СПИД-индикаторными заболеваниями, протекающими с поражением легких. Они занимают лидирующие позиции в структуре летальности у ВИЧ-инфицированных на поздних стадиях. В связи с тем, что у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характерно одновременное развитие нескольких оппортунистических инфекций, для этого контингента затруднена ранняя клиническая и дифференциальная диагностика туберкулезного процесса и пневмоцистной пневмонии, что нередко приводит к позднему или неправильному лечению, и, соответственно — к летальному исходу.

**Цель:** изучить и сравнить клинико-эпидемиологические и лабораторные особенности течения туберкулезной инфекции и пневмоцистной пневмонии у больных поздними стадиями ВИЧ-инфекции для совершенствования методов ранней диагностики.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При помощи общепринятых методов статистического анализа было изучено 72 истории болезни пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, пролеченных в инфекционной больнице в 2009–2010 гг., среди которых у 58 больных в результате госпитализации верифицированы различные формы туберкулеза (1-я группа), а у 14 (2-я группа) — пневмоцистная пневмония. Диагноз был выставлен на основании клинико-лабораторных, рентгенологических данных, после консультации фтизиатра, в ряде случаев — подтвержден секционно.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Распределение больных по формам выявленного туберкулеза представлено в таблице 1. *M. tuberculosis* у больных с с этим диагнозом были обнаружены при микроскопическом исследовании мокроты в 24 случаях (42,1 %).

**Характеристика туберкулеза**

**Таблица 1**

Клиническая форма	абс.	%
ТВГЛУ (осложненный бронхолегочным компонентом (экссудативным плевритом) лимфогенной диссеминацией)	3	5,2
ТВГЛУ	6	10,3
Туберкулезный плеврит / эмпиема	5	8,6
Милиарный туберкулез	3	5,2
Диссеминированный туберкулез	12	20,7
Инфильтративный туберкулез	17	29,3
Генерализованный туберкулез	12	20,7
Всего	58	100,0