
мики при тахикардиях (за исключением синусовой тахикардии) показана кардиоверсия. Из лекарственных препаратов используют бета-адреноблокаторы. При желудочковой тахикардии эффективен лидокаин.

Поддержание адекватного водного баланса. Жидкость возмещают в объеме. Равном объему выделенной за сутки мочи + 750 мл и более (при рвоте и диарее). Коррекция КОС: раствор бикарбоната натрия до увеличения pH до 7,1 (обычно 200-500 мл).

Литература:

1. Гофман А.Г. Больные алкогольными психозами // *Русский Медицинский Журнал*, 2002, Т. 10, № 12.
2. Кекелидзе З.И., Земсков А.П., Филимонов Б.А. Тяжелый алкогольный делирий // *РМЖ* - 1998 т. 6№2
3. Стрельчук И.В. Интоксикационные психозы, М.: Медицина, 1970.
4. www.rmj.ru (*Русский Медицинский Журнал*)

Для лечения предложено более 135 препаратов и их комбинаций. Это связано с тем, что ни один препарат не отвечает идеальным критериям: наличием седативного эффекта без угнетения защитных рефлексов, повышение судорожного порога, подавление вегетативной гиперактивности, антипсихическое действие. Эти препараты могут быть лишь частью комплексного лечения. К каждому больному подход строго индивидуален.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА НА ФОНЕ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ. РЕНТГЕНСЕМИОТИКА

Д.А. Умралина

г. Павлодар

Уже на начальных этапах изучения эпидемиологии ВИЧ-инфекции были четко определены группы населения, к которым принадлежали первые выявленные больные. Одна из групп - наркоманы. Быстрое распространение ВИЧ среди наркоманов обусловлено парентеральным введением инфицированной крови при использовании загрязнённых шприцев и игл. Большинство исследователей сходятся во мнении, что именно эта группа является прогностически наиболее неблагоприятной, так как среди них чрезвычайно трудно организовать обучение профилактике СПИДа и ещё труднее добиться выполнения рекомендации врачей. Один наркоман может заразить в год 120 человек, в два года 22 000 человек. Нельзя недооценить и употребление наркотиков типа «крэка» и амфетаминов, вводимых парентеральным путём. Многие девушки, пристрастившиеся к этому препарату, начали заниматься проституцией, получая плату теми же наркотиками и склоняя своих партнеров к их употреблению.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) является наиболее сильным из всех известных факторов риска, способствующий активизации туберкулезной инфекции. Ежегодная вероятность развития туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией составляет около 10% , в то время как у неинфицированных ВИЧ эта вероятность не превышает 10% на протяжении всей жизни.

Доказано, что риск туберкулёза значительно повышен уже в первый же год после сероконверсии. Если большинство оппортунистических инфекций, включая все остальные микобактериальные, развиваются на поздней стадии ВИЧ-инфекции, туберку-

лёз может развиваться на любой стадии, при любом числе CD-4 лимфоцитов. Так более 50% случаев туберкулёза лёгких (особенно диссеминированный) возникает у пациентов с числом CD-4 более 200 мкл. Кроме того, есть основания полагать, что туберкулез усиливает иммунодефицит у больных с развернутой клиникой ВИЧ-инфекции. В настоящее время туберкулёз и СПИД рассматриваются как закономерные спутники.

Первый случай ВИЧ-инфекции в Казахстане зарегистрирован в 1987 году. До 1996 года регистрировались единичные случаи, основной путь передачи был половой. Начиная с 1996 г. и по настоящий 2010 г. идет рост заболеваемости. Основной путь передачи инфекции парентеральный. На январь 2010 г. в Казахстане за период 1987- 2009 гг. состояло на учете 13784 человек (из них умерло 2221 чел.), на май месяц 2010 г. состоит на учете 14478 человек. На рисунке 1 представлены данные развития эпидемии ВИЧ среди населения в Республике Казахстан.

По данным Областного центра СПИД на 01.05. 2010 года за период с 1987 года по январь 2010 г. в Павлодарской области зарегистрировано 1459 человек, на май 2010 г. Это число составило 1505 человек, 67,4% из них наркоманы, у 140 выставлен СПИД, из них 123 умерли. Из 140 больных с диагнозом: СПИД зарегистрировано 65 случаев в сочетании с туберкулёзом. За 5 месяцев 2010 года зарегистрировано 46 случаев СПИД, из них 34 в сочетании с туберкулёзом. Одним из главных факторов, объясняющих закономерность сочетания туберкулёза и ВИЧ-инфекции, является особенность патогенеза обоих заболе-

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции среди населения РК за период 1987 - 2009гг (абсолютные значения)

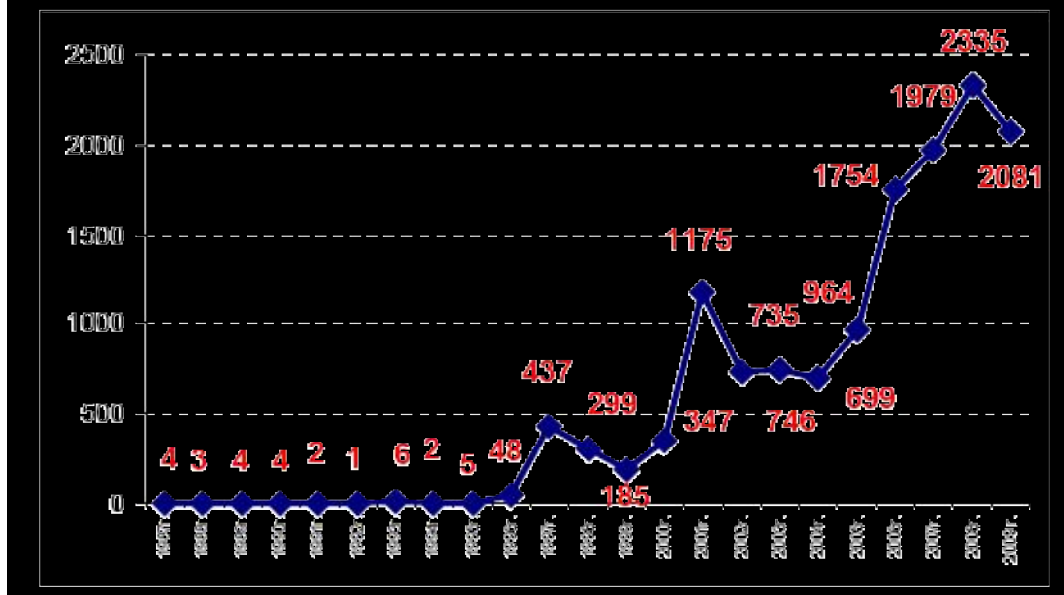


Рисунок 1. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции среди населения в Республике Казахстан в 1987-2009 годах

ваний. Как доказано ВИЧ поражает и приводит к гибели преимущественно Т-лимфоцитов, особенно Т-хелперов (CD4-лимфоциты), которые играют ключевую роль в противотуберкулёзном иммунитете

Падение CD4-лимфоцитов при ВИЧ существенно повышает восприимчивость к заражению туберкулёзом как экзогенно (извне), так и эндогенно (реактивацией дремлющей инфекции). Клинические проявления, течение и R-картина туберкулеза имеют свои особенности в зависимости от стадии течения ВИЧ-инфекции. На начальной стадии ВИЧ-инфицирования, когда количество клеток еще остается достаточно высоким, проявления туберкулеза могут быть самыми типичными и ничем не отличаться от клинической и рентгенологической картины у ВИЧ-отрицательных больных. На этом этапе развития ВИЧ-инфекции у больных доминируют обычные проявления преимущественно легочного туберкулеза. Развиваются верхнедолевые инфильтративные и реже очаговые процессы, в половине случаев с распадом. Поэтому специфическая терапия оказывается эффективной, и туберкулез излечивается

Собственное наблюдение: больной А., 29 лет, ВИЧ-позитивный, наркоман, не работает, поступил с диагнозом: Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого в фазе распада БК(+).

Жалобы при поступлении на кашель с мокротой, субфебрильную температуру, незначительную потерю в весе. На R-грамме: справа в верхней доле определяется затемнение интенсивного характера, с нечёткими контурами, неоднородной структуры за счёт распада. Корень расширен, связан с затемнением.

Назначено лечение. R-контроль через два месяца – инфильтрация стала рассасываться, уменьшилась полость распада и связь с корнем. Улучшилась клиническая картина. На R-грамме через 4 месяца (промежуточный контроль два месяца) - инфильтрация рассосалась, полость закрылась, корень стал структурным. Наступило выздоровление.

Вторая стадия - собственно СПИД - это финальная терминальная стадия ВИЧ-инфекции. Туберкулезные изменения в легких у больных СПИДом отличаются более частым развитием прикорневой аденопатии, милиарных высыпаний, наличием преимущественно интерстициальных изменений и образованием плеврального выпота. В то же время у них достоверно реже поражаются верхние отделы легких, не столь часто формируются характерные для туберкулеза каверны и ателектазы. Нередко у больных СПИДом вместо милиарных высыпаний на рентгенограммах легких обнаруживаются диффузные сливающиеся инфильтративные изменения, протекающие по типу казеозной пневмонии. Весьма характерным считается значительно более частое развитие туберкулезной микобактериемии, которая у больных СПИДом осложняется септическим шоком с нарушением функции многих органов.

Особенность клиники СПИДа у больных туберкулезом легких заключается в необычно злокачественном, клинически тяжелом течении болезни, с молниеносным прогрессированием процесса в легких, тенденцией к генерализации в другие органы и летальным исходом (через 4-6 месяцев, реже 9-12 месяцев). При этом противотуберкулезное лечение, как правило, неэффективно.

Собственные наблюдения: больной Б., 26 лет, социально благополучный, поступил в протвотуберкулёзный диспансер после неэффективной терапии в общей лечебной сети. При поступлении: жалобы на одышку, малопродуктивный кашель, высокую температуру, значительную потерю в весе. Из анамнеза: болен в течение двух месяцев, лечился в общей сети, эффекта не было. Объективный статус: пониженного питания, температура тела 39 градусов, кожные покровы влажные, пальпаторно увеличение периферических лимфоузлов. Аускультативно: по всем полям свистящие хрипы. На R-грамме органов грудной клетки: с обеих сторон диффузное усиление легочного рисунка, корни расширены, наружные контуры полициклические за счет увеличения лимфоузлов.

Рентгенологически выставлен дифференциальный ряд:

1. Лимфогрануломатоз.
 2. Саркоидоз Бека.
 3. Туберкулез внутригрудных лимфоузлов.
- Спустя 2 дня больной погиб.

Патологоанатомическое заключение: генерализованная форма туберкулёза. Казеозное расплавление всех групп лимфоузлов. СПИД терминальная стадия.

Ретроспективно: состоял на учете в СПИД-центре, со слов родственников, когда-то в командировке у больного была половая связь.

Больной С. 24 года, ВИЧ позитивный, состоял на учете в протвотуберкулёжном диспансере с остаточными изменениями, наркоман.

Жалобы на периодическое повышение температуры до 37°C, кашель с небольшим количеством мокроты, за медицинской помощью не обращался. На прием пришел по приглашению медработников для планового обследования.

Объективно: пониженного питания, умеренное увеличение периферических лимфоузлов с горошину, в легких ослабленное дыхание, хрипов нет. На R-грамме (в сравнение с архивными снимками) на фоне плотных очагов появилось сгущение легочного рисунка, корни стали расширенными, бесструктурными. Анализ мокроты на БК отрицательный. Назначена неспецифическая терапия, больной оставлен на контроль с учетом анамнеза. Через две недели на контрольном приеме жалобы на стойкое повышение температуры до 37,5°C, периферические лимфоузлы остаются увеличенными, кашель сохраняется, анализ мокроты на БК отрицательный.

На R-грамме органов грудной клетки: по всем полям, на фоне усиленного легочного рисунка, появилось множество очаговых теней средних размеров, с нечеткими контурами. Корни стали широкими. Больной госпитализирован с диагнозом: Диссеминированный туберкулёз легких фаза инфильтрации БК(-), СПИД - ассоциированное заболевание?

На фоне противотуберкулёзной терапии одышка стала нарастать, стойко стала держаться высокая температура, кашель мучительный с выделением скудной мокроты, слабость.

Объективно: прогрессирующая потеря в весе, увеличение периферических лимфоузлов с образованием конгломератов. Аускультативно: в легких на фоне ослабленного дыхания свистящие хрипы. На R-грамме: на фоне множественных очагов с нечеткими контурами, в левой плевральной полости появился выпот, корни стали широкими, наружные контуры стали полициклическими за счет увеличения лимфоузлов. Больной погиб.

Патологоанатомическое заключение: Генерализованная форма туберкулёза. Казеозное расплавление всех групп лимфоузлов. СПИД - терминальная стадия.

Таким образом, одним из факторов распространения ВИЧ-инфекции является массовое применение наркотиков. Течение туберкулёза на фоне ВИЧ-инфекции имеет свои особенности:

При выявлении туберкулеза на фоне имеющейся ВИЧ-инфекции наиболее легкие формы туберкулеза соответствуют ранним субклиническим стадиям ВИЧ-инфекции. Присоединение туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции приводит к формированию тяжёлых генерализованных форм: милиарный, с поражением многих органов туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, казеозная пневмония, внелёгочный туберкулёз.

Сочетанная ВИЧ/ТБ-инфекция в отличие от ВИЧ-инфекции без туберкулеза характеризуется значительным утяжелением течения заболевания с выраженным инфекционно-токсическим, астеновегетативным синдромами, резким и быстрым снижением массы тела, ухудшением рентгенологической картины. Туберкулез усиливает иммунодефицит у больных с развернутой клиникой ВИЧ-инфекции, что способствует быстрому прогрессированию заболевания.

На основании вышеизложенного: во всём мире ведется борьба с наркоманией (уголовные санкции на производство, распространение наркотиков, широкая пропаганда здорового образа жизни). Гораздо действеннее, на мой взгляд, обеспечить в обществе социальные условия, не способствующие к злоупотреблению наркотиков, реализация социальных проектов для людей, пострадавших от ВИЧ-инфекции.

Литература:

1. Вовк А.Д., Антонян С.Н. Туберкулёз лёгких у больных ВИЧ-инфекцией, *Русский журнал ВИЧ-СПИД*, 1997.
2. Интернет.
3. Лекционный материал Областного СПИД-центра.