

Для профилактики детского травматизма важным является проведение воспитательной работы с детьми по поведению на улице, в активных играх, отвлечение их от опасных игр с использованием ранимых предметов. Вторичная профилактика травмы глаза осуществляется организацией своевременной госпитализации больных и их комплексное лечение в специализированном офтальмологическом стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аветисов, Э. С.* Руководство по детской офтальмологии / Э. С. Аветисов, Е. И. Ковалевский, А. В. Хватова. — М.: Медицина, 1987. — 496.
2. *Тейлор, Д.* Детская офтальмология / Д. Тейлор, К. Хойт; перл. с англ. — М.: Бином, 2007. — 248 с.

УДК 616.98:578.828.6

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Буринский Н. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. В. Буйневич*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Стремительный рост количества пациентов с коинфекцией туберкулеза и ВИЧ является одной из главных проблем современной эпидемии туберкулеза в Беларуси. В связи с этим все большее внимание фтизиатров привлекает изучение патоморфоза туберкулеза, развившегося на фоне ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы

Проанализированы истории болезни и материалы патолого-анатомического исследования 116 человек, умерших от туберкулеза в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице в 2010–2011 гг. Были созданы 2 группы. Основную группу (ОГ) составили пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (52 человека). В контрольную группу (КГ) были включены ВИЧ-отрицательные больные туберкулезом (64 человека). Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 6.0. Для сравнения средних величин 2 групп использовался критерий Стьюдента (t-критерий) и χ^2 .

Результаты исследования

Средний возраст пациентов в ОГ и КГ составил $37,9 \pm 9,2$ лет и $50,7 \pm 9,5$ лет соответственно ($p < 0,001$, $\chi^2 = 49,9$). Анализируя возрастную структуру, установлено, что в КГ преобладали лица в возрасте 41–60 лет, а в ОГ — 26–45 лет. Стаж заболевания туберкулезом составил $8,0 \pm 4,7$ у ВИЧ-негативных пациентов и $1,8 \pm 1,1$ лет у пациентов ВИЧ-инфицированных ($p < 0,001$). Таким образом, у ВИЧ-инфицированных пациентов наблюдается более быстрое течение туберкулеза в более молодом возрасте. По данным литературы, от заражения ВИЧ до развития туберкулеза проходит 7–10 лет. По нашим наблюдениям стаж ВИЧ-инфицирования у умерших от туберкулеза составил $7,9 \pm 4,7$ лет.

Среди умерших от туберкулеза в обеих группах преобладали мужчины (в КГ — 81 %; в ОГ — 73 %). При этом межгрупповые различия недостоверны ($\chi^2 = 1,1$; $p = 0,3$).

При изучении материалов патологоанатомического исследования установлено, что причиной смерти у 48 (92,3 %) пациентов ОГ явилось развитие генерализованных форм туберкулеза с множественным поражением внутренних органов. В то время как у пациентов КГ (ВИЧ-негативные) генерализация туберкулеза наблюдалась только в 18 (28,1 %) случаях. При том, $p = 0,001$, $\chi^2 = 36,4$.

У ВИЧ-негативных пациентов ведущее положение занимает фиброзно-кавернозный туберкулез (53,1 %). В то время как у пациентов ОГ чаще встречался милиарный туберкулез легких (61,5 %). Во всех случаях это был генерализованный процесс с поражением двух и более органов. Чаще всего туберкулезные изменения в виде продуктивно-некротических бугорков были обнаружены в печени, селезенке, почках. У пациентов КГ милиарный туберкулез легких как причина смерти установлен не был.

При изучении внутренних органов установлено, что наиболее часто в обеих группах в туберкулезный процесс были вовлечены селезенка и печень (таблица 1). У ВИЧ-инфицированных пациентов селезенка и печень поражаются значительно чаще (88,5 и 84,5 %), чем у пациентов ВИЧ-негативных (28,1 и 25 %). Не было обнаружено у пациентов КГ поражения почек, в то время как в КГ этот показатель составил 65,4 %.

Таблица 1 — Поражение туберкулезом внутренних органов

Пораженный орган	КГ (n = 64)	ОГ (n = 52)
Селезенка	18 (28,1 %)	46 (88,5 %)*
Печень	16 (25 %)	44 (84,6 %)*
Почки	0	34 (65,4 %)*
Гортань	2 (3,1 %)	0
Тонкая и толстая кишка	1 (1,5 %)	0
Лимфатические узлы	0	20 (38,5 %)*
Центральная нервная система	0	18 (34,6 %)*
Плевра	2 (3,1 %)	6 (11,5 %)
Перикард	1 (1,5 %)	0

* Различия между сравниваемыми показателями являются статистически значимыми

Из осложнений основного заболевания у пациентов обеих групп самым частым явилось развитие истощения в результате туберкулезной интоксикации, сопутствующих заболеваний и прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Следствием хронической туберкулезной интоксикации явилось развитие паренхиматозной дистрофии внутренних органов у 53,1 % лиц КГ. При этом у ВИЧ-инфицированных это осложнение отсутствует. Амилоидоз печени и селезенки также обнаружен только у ВИЧ-негативных пациентов с хроническими формами туберкулеза. Белковая дистрофия почек значительно чаще встречается у пациентов КГ (18,8 против 3,8 %). Это также обусловлено хронической туберкулезной интоксикацией.

Выводы

1. Туберкулез является ведущей причиной смерти ВИЧ-инфицированных пациентов, достигая в структуре смертности 42,2 % по Гомельской области.

2. Среди умерших от туберкулеза ВИЧ-инфицированных пациентов наблюдается более быстрое течение специфического процесса в более молодом возрасте. Стаж заболевания туберкулезом составил $1,8 \pm 1,1$ лет, а преобладающая возрастная категория — 26–45 лет.

3. В подавляющем большинстве случаев (92,3 %) причиной смерти у ВИЧ-положительных явилось развитие генерализованных форм туберкулеза с множественным поражением внутренних органов.

4. Только у ВИЧ-инфицированных пациентов обнаружено вовлечение в патологический процесс почек, головного мозга и мягких мозговых оболочек, лимфатических узлов.

5. В группе ВИЧ-инфицированных по сравнению с ВИЧ-негативными пациентами значительно реже встречаются признаки хронической туберкулезной интоксикации (истощение, паренхиматозная дистрофия внутренних органов, белковая дистрофия почек, амилоидоз печени, селезенки).

УДК 616.9

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ