

ли, на примере духовного подвига святых всех времен. И дай нам всем Господь преуспеть в этом, помогая как себе, так и окружающим нас с Христовой любовью и смирением. В псалме 61-м говорится: «Только в Боге успокаивается душа моя; от Него спасение мое. Только Он — твердыня моя, спасение мое, убежище мое».

Вывод

1. Таким образом, в православном учении мы находим бесценного, могучего помощника в вопросах сохранения и укрепления здоровья. Пользуясь им, мы получаем возможность затронуть души пациентов. И тогда наши слова о здоровом образе жизни станут не только более весомыми, но и более результативными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игумен Никон (Воробьёв). Письма духовным детям. — Клин, 2003.
2. Антоний Оптинский, преподобный. Письма к разным лицам. — М., 1996.

УДК 578.81:616.98:578.828 Н1В]-08

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕННОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Тищенко Г. В., Тищенко В. Н.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Л. А. Мартемьянова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельское областное патологоанатомическое бюро»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

ВИЧ-инфекция является самым серьезным из числа когда-либо выявленных отдельных факторов риска в отношении развития туберкулеза. По данным ВОЗ в 2000 г. 11,5 млн ВИЧ-инфицированных были *заражены M. Tuberculosis*. В течение отдельно взятого года для человека, живущего с ВИЧ-инфекцией, вероятность заболеть туберкулезом в 50 раз выше, чем у ВИЧ-отрицательного индивидуума. Более того, при отсутствии надлежащего лечения, приблизительно 90 % вич-инфицированных людей погибают в течение нескольких месяцев после заражения туберкулезом [1].

Гистоморфологические проявления туберкулезного воспаления при ВИЧ-инфекции обнаруживают явную корреляцию с количеством CD4-лимфоцитов в крови. По мере падения их уровня прослеживаются типичные изменения в зоне туберкулезного воспаления: реже встречаются, а затем исчезают типичные туберкулезные гранулемы, в них отсутствуют характерные клетки Пирогова-Лангханса. При этом значительно уменьшается количество эпителиоидных клеток, характерно увеличение числа макрофагов, но неполноценность их функции выражается в неспособности формировать гранулемы [2].

В лечении больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией рекомендуется одновременное назначение противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов. Более высокая эффективность такой комплексной терапии объясняется восстановлением и нормализацией иммунных реакций организма. В настоящее время назначение антиретровирусных препаратов становится необходимым элементом лечения туберкулеза с далеко зашедшими формами инфекции [1].

Цель

Изучить клинико-морфологические особенности течения микобактериальной инфекции у ВИЧ-инфицированных, не получавших и получавших антиретровирусную терапию.

Методы

Были изучены 65 протоколов вскрытия умерших в Светлогорском и Речицком р-нах Гомельской области за период с февраля 2004 по февраль 2010 гг., с сочетанной ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. У всех больных ВИЧ-инфекция была на стадии СПИД.

Больные были разделены на две группы: получавших антиретровирусную терапию и не получавших ее. При гистоморфологическом исследовании все случаи были разделены на экссудативную и продуктивную формы воспаления при туберкулезе.

Результаты и обсуждение

Из 65 (100 %) случаев антиретровирусную терапию (АРТ) получали 24 (37 %) больных, остальные — 41 (63 %) человек лечились по стандартной противотуберкулезной схеме без арт.

Гистоморфологически экссудативная форма воспаления при туберкулезе выявлена у 29 (45 %) больных, продуктивная форма — у 36 (55 %) больных.

Учитывая эти два фактора выявлено, что при применении антиретровирусной терапии экссудативная форма воспаления встретилась лишь в 3 (5 %) случаях, а продуктивная — в 21 (32 %) случае, в то время как без АРТ большее количество форм туберкулеза носило уже экссудативный характер — 26 (40 %) случаев, а продуктивная форма без АРТ была выявлена у 15 (23 %) больных (таблица 1, рисунок 1).

Таблица 1 — Экссудативная и продуктивная формы туберкулеза с учетом антиретровирусной терапии (АРТ)

	Экссудативная форма	Продуктивная форма	
с АРТ	3 (5%)	21 (32%)	24 (37%)
без АРТ	26 (40%)	15 (23%)	41 (63%)
	29 (45%)	36 (55%)	65 (100%)

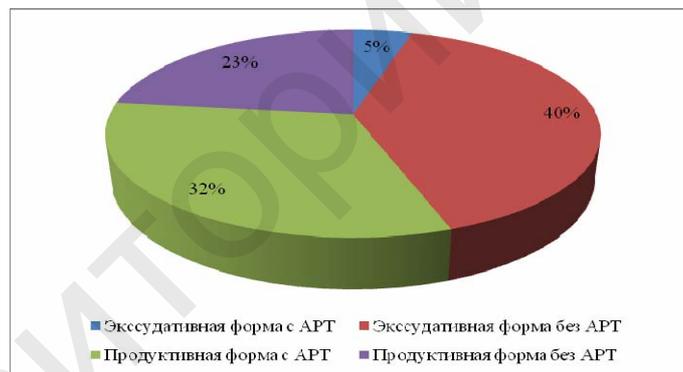


Рисунок 1 — Общее соотношение экссудативной и продуктивной форм туберкулеза с учетом антиретровирусной терапии (АРТ)

У больных, получавших антиретровирусную терапию, соотношение экссудативной и продуктивной форм туберкулеза равняется 1:7, а у больных, не получавших АРТ, то же соотношение 1:0,6.

Заключение

Анализ посмертных случаев сочетанной ВИЧ-инфекции и туберкулеза подтвердил эффективность антиретровирусной терапии при лечении микобактериальной инфекции. Таким образом, предполагается клиническая необходимость назначать препараты АРТ социально-адаптированным лицам с ВИЧ-инфекцией.

Представленные данные и результаты исследования могут быть интересны инфекционистам и фтизиатрам, занимающимся лечением микобактериальной инфекции у ВИЧ-инфицированных лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Harries, A. World health organization. Tb/hiv: a clinical manual / A. Harries, D. Maher, S. Graham. — 2nd ed. — WHO publications, Geneva, 2004. — 36 с.
2. Мишин, В. И. туберкулез при вич-инфекции / В. И. Мишин, М. Д. Карачунский // «Медицинская газета». — № 15. — М., 2003.