



ственно, чтобы понять, какие еще пути обоснования этических законов и правил существуют для биомедицинской этики, необходимо проанализировать соотношение этих двух видов регулятивов, конституирующих процесс медицинской коммуникации.

Деятельность института здравоохранения опирается на разработанные профессионально-этические кодексы, которые, основываясь на универсальных ценностях, координируют внутреннюю логику развития профессиональной деятельности. Соответственно, так называемый «Этический кодекс психиатра» нужно рассматривать как форму согласования логики профессиональной деятельности врача-психиатра в соответствии с фундаментальными ценностями. При этом они могут опираться на некоторые этические теории, развивавшиеся в процессе становления профессионального этоса.

Нарратив (лат. *narrare* — языковой акт, т. е. вербальное изложение, в отличие от представления) — понятие философии постмодерна, фиксирующее процессуальность самоосуществления как способ бытия повествовательного (или, по Р.Барту, «сообщающего») текста. *Нарративная этика* воссоздает моральный опыт, который имеет, как правило, оценочный характер каких-либо действий, переживаний, страданий. В биомедицинской практике предметом рефлексии выступает нарратив болезни в целостности физического и психологического страдания пациента. Нарративная этика выступает наилучшей формой выражения своего опыта, описания и оценки моральных представлений о мире в повествовательном тексте. Известными примерами нарративной этики в русской литературе являются рассказ Л.Н.Толстого «Смерть Ивана Ильича», произведение А.П.Чехова. Истории пациентов отражают глубинное переживание субъектом истории болезни, восстанавливают в своей

полноте душевные переживания и субъективные смыслы, затрагивают сложнейшие моральные дилеммы, знание которых обогащает рефлексивность врача, стимулирует интерпретацию и может стать источником морального опыта в обучении.

Нарративная биоэтика препятствует установлению процедурализма, схематичного отношения к многообразным практическим ситуациям, контролирует применение патерналистских фабрикатов. Нередко невнимание врачей к субъективным особенностям протекания болезни становится источником для диагностических ошибок. Погружение в смысловое поле нарратива реабилитирует гуманистическое и высвечивает антропологическое измерения медицинской коммуникации.

Опыт страдания, конструируемый в нарративе, как правило, отражает глубинное влияние различных социокультурных представлений о болезни, распространенных в конкретном сообществе, что является богатейшим источником эмпирических материалов для медико-антропологических исследований.

Прикладная биоэтика как форма общественной рефлексии последствий технологического вмешательства в телесную целостность человека реализуется в полной мере в сочетании этического анализа индивидуальных случаев и ситуаций. Ее практическое значение состоит не только в способности раскрывать все нюансы переплетений и столкновений интересов и ценностных позиций всех субъектов медицинской коммуникации, но и в выработке конкретных решений, способствующих развитию этической рефлексии. Этическая рефлексия, в свою очередь, является одной из самых действенных стратегий создания морального опыта субъектов медицинской коммуникации, поскольку направлена на становление специальной и нравственной ответственностей.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017  
УДК 616-002.5-06:[616.98:578.828.6]

**Грабовская М.С.** (*grabovskaya.m.s@yandex.ru*)<sup>1</sup>, **Мотанова Л.Н.** (*motanov@mail.ru*)<sup>2</sup>, **Заболоцкий Ю.Н.**<sup>1</sup> — Случай туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

<sup>1</sup>1477-й Военно-морской клинический госпиталь, г. Владивосток; <sup>2</sup>Тихоокеанский государственный медицинский университет, г. Владивосток

*Изложено описание клинического случая сочетания ВИЧ-инфекции и туберкулеза легких. Показано, что проведение индивидуализированной рациональной схемы лечения, включающей антиретровирусную и противотуберкулезную терапию, при условии приверженности пациента лечению и своевременной ликвидации побочных реакций, можно достичь его высокой эффективности.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* туберкулез, ВИЧ-инфекция, противотуберкулезная химиотерапия, антиретровирусная терапия.

*Grabovskaya M.S., Motanova L.N., Zabolotskii Yu.N. — Case of tuberculosis combined with HIV infection. The clinical case of tuberculosis combined with HIV infection is described. It is shown*



that the conduct of rational individualized treatment regimens, including antiretroviral and TB treatment, provided the patient's adherence to treatment and timely elimination of adverse reactions, it is possible to achieve high efficiency.

**К е у в о р д с:** tuberculosis, HIV, TB chemotherapy, antiretroviral therapy.

Доказано, что ВИЧ-инфекция является мощным фактором развития туберкулеза, приведшим к увеличению числа случаев заболевания туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных в течение последних лет. Вероятность развития туберкулеза у пациентов с ВИЧ, инфицированных *микобактериями туберкулеза* (МБТ), в 21–34 раза превышает таковую у неинфицированных ВИЧ. Сочетанная инфекция – ВИЧ и туберкулез – в Приморском крае стала выявляться с 2000 г.

Приводим клиническое наблюдение пациента Р., 32 года, жителя Владивостока, наблюдавшегося в туберкулезном отделении 1477-го военно-морского клинического госпиталя. Пациент был переведен из инфекционного отделения для уточнения этиологии патологии легких. Анамнез жизни: в детском возрасте прививку против туберкулеза не получал в связи с медицинским отводом. Рос и развивался соответственно возрасту, болел редко. В подростковом возрасте отмечался контакт с больным туберкулезом дядей, в противотуберкулезном диспансере не наблю-

дался, превентивную терапию не получал. Анамнез болезни: заболел остро в ноябре 2013 г., когда отметил ухудшение самочувствия: лихорадка до 39–40 °С, озноб, потливость, плохой аппетит, похудание за месяц на 6 кг. Был госпитализирован в пульмонологическое отделение госпиталя с диагнозом «Внебольничная пневмония». При осмотре выявлены высыпания на коже по типу токсидермии, кандидоз полости рта, пальпировался надключичный лимфоузел справа размером до 5 см, безболезненный, не спаянный с окружающими тканями. В анализе крови методом ИФА были обнаружены антитела к ВИЧ, что послужило основанием для перевода в инфекционное отделение госпиталя. После дообследования выставлен диагноз «СПИД: стадия вторичных заболеваний, 4В фаза прогрессирования. Токсоплазмоз: хроническое течение, латентная фаза. Вирус простого герпеса (ВПГ-инфекция), персистенция». Предположительно ВИЧ-инфицирование произошло половым путем в 2012–2013 гг. На компьютерной томографии орга-

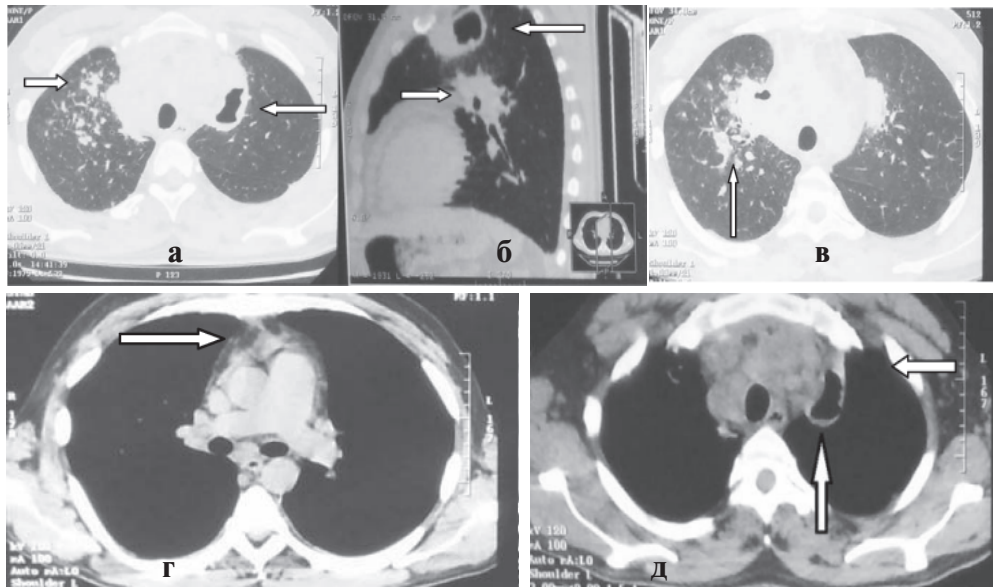


Рис. 1. Компьютерная томография органов грудной полости от 27.12.2013 г.: (а, б, в) – в S3 правого легкого образование с эксцентрически расположенной полостью распада размерами до 31×29×28 мм, в S1, S2, S3 справа – множественные полиморфные мягкотканые субплевральные и перибронховаскулярные очаги, слева парамедиастинально – образование с полостью распада размерами 58×25×48 мм; (г, д) – увеличены паратрахеальные лимфоузлы до 35 мм, под бифуркацией трахеи лимфоузел размерами до 19×13×34 мм; справа в корне бронхиальные и бронхопульмональные лимфоузлы до 10×15 мм



нов грудной полости (КТ ОГП) от 27.12.2013 г. (рис. 1) в S3 правого легкого определено инфильтративное затемнение с полостью распада размерами 31×29×28 мм; в S1, S2, S3 правого легкого отмечены множественные полиморфные очаги. В S3 левого легкого также выявляется инфильтративное затемнение с полостью распада размерами 58×25×48 мм. Лимфатические узлы паратрахеальных групп с обеих сторон, бронхиальных и бронхопульмональных групп справа увеличены. В полости перикарда выпот до 3–5 мм. На момент поступления в туберкулезное отделение уровень CD4+ лимфоцитов – 22 кл/мкл (4%), вирусная нагрузка – 349897.

При поступлении в туберкулезное отделение госпиталя выставлен диагноз «Инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких, фаза распада и обсеменения. МБТ (-); СПИД: стадия вторичных заболеваний, 4В фаза прогрессирования. Токсоплазмоз: хроническое течение, латентная фаза. ВПГ-инфекция, персистенция». С учетом распространенности процесса, наличия вторичных заболеваний, фазы прогрессирования ВИЧ-инфекции назначена противотуберкулезная терапия по индивидуальному режиму: шесть *противотуберкулезных препаратов* (ПТП): изониазид – 0,6 дозы в сут, рифабутин – 0,45, этамбутол – 1,6, стрептомицин – 1,0 (в даль-

нейшем был заменен на амикацин – 1,5), левофлоксацин – 1,0 и пиразинамид – 1,5 дозы в сут. *Антиретровирусная терапия* (АРВТ) начата 16.01.2014 г. четырьмя препаратами: энфувертид (фузеон), эфавиренц (стокрин), гептавир (ламивудин), абакавир (зиаген). После присоединения к ПТП АРВТ у пациента усилились лихорадка до 41 °С, потливость, появились озноб, рвота, тошнота. Аппетит отсутствовал, потерял в весе еще 5 кг. В клиническом анализе крови – увеличение СОЭ до 28 мм/ч, лейкопения –  $2,6 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитопения – 136 тыс/мл, ретикулоцитоз – 14%, снижение гемоглобина до 104 г/л. В биохимическом анализе крови определялось увеличение АсАТ в 5 раз, АлАТ – в 5,6 раза, общий билирубин составил 23 ммоль/л. Клинико-лабораторные данные были расценены как синдром восстановления иммунной системы. Для коррекции данного синдрома пациенту был назначен преднизолон по схеме. На 5-е сутки после назначения преднизолона температура тела нормализовалась, исчезли тошнота, рвота, появился аппетит, улучшилось самочувствие. Через 2 мес от начала ПТП и через 1 мес от начала АРВТ симптомы интоксикации были полностью купированы, уровень CD4+ лимфоцитов увеличился и составил 185 кл/мкл, вирусная нагрузка уменьшилась до 441. После

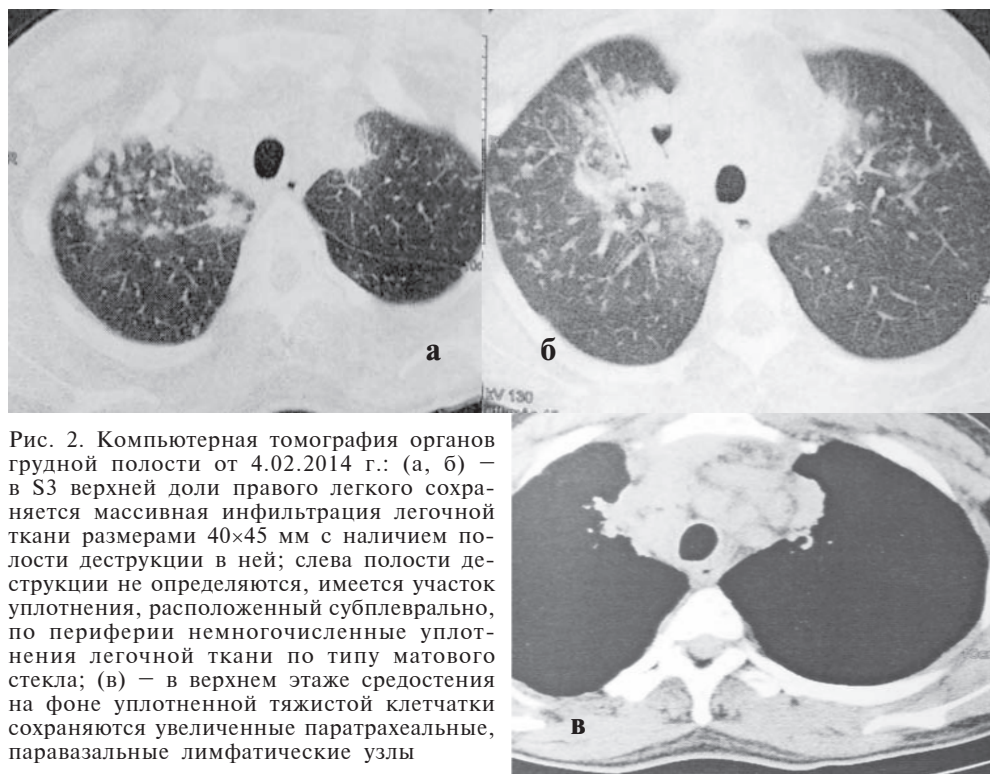


Рис. 2. Компьютерная томография органов грудной полости от 4.02.2014 г.: (а, б) – в S3 верхней доли правого легкого сохраняется массивная инфильтрация легочной ткани размерами 40×45 мм с наличием полости деструкции в ней; слева полости деструкции не определяются, имеется участок уплотнения, расположенный субплеврально, по периферии немногочисленные уплотнения легочной ткани по типу матового стекла; (в) – в верхнем этаже средостения на фоне уплотненной тяжистой клетчатки сохраняются увеличенные паратрахеальные, паравазальные лимфатические узлы



консультации инфекциониста СПИД-центра диагноз сопутствующей патологии был скорректирован: «ВИЧ-инфекция: стадия вторичных заболеваний, 4В фаза ремиссии на фоне приема АРВТ. Токсоплазмоз: хроническое течение, латентная фаза. ВПГ-инфекция, персистенция». Пациенту продолжена терапия ПТП и АРВТ в полном объеме. На КТ отмечены закрытие полости деструкции в верхней доле левого легкого, но сохранение деструкции в верхней доле правого легкого, там же – массивная инфильтрация, субплеврально – участок уплотнения. Сохраняются увеличенные лимфоузлы паратрахеальной и паравазальной групп (рис. 2).

Фаза интенсивной терапии туберкулеза составила 6 мес. Принято суточных доз ПТП: изониазид 0,6 – 181; рифабутин 0,45 – 181; этамбутол 1,6 – 181; амикацин 1,5 – 39; стрептомицин 1,0 – 70; левофлоксацин 1,0 – 125,5; пиперазидин 1,5 – 122. По окончании фазы интенсивной терапии отмечено полное исчезновение клинических проявлений заболевания. В клиническом анализе крови через 2 мес от начала терапии: снижение СОЭ до 17 мм/ч, повышение гемоглобина до 118 г/л, нормализация лейкоцитов, тромбоцитов, ретикулоциты не определяются. Но появились эозинофилия – 8%, моноцитоз – 15%, увеличение палочкоядерных нейтрофилов – 9%, снижение сегментоядер-

ных нейтрофилов – до 40%. Через 6 мес в клиническом анализе крови отмечены нормализация СОЭ – 10 мм/ч, повышение гемоглобина до 158 г/л, лейкоцитоз –  $9,7 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоцитарная формула в пределах нормы. Биохимический анализ крови через 2 мес: АСТ, АЛТ, общий билирубин в пределах нормы, через 6 мес – без патологии. Через 2 мес появились изменения в общем анализе мочи: прозрачность – мутная, протеинурия, эпителий переходный сплошное поле зрения, лейкоцитурия, гематурия, цилиндрурия, которые расценены как показатели токсической реакции на ПТП и АРВТ и которые были устранены дезинтоксикационной терапией. Через 6 мес общий анализ мочи – без патологии. В анализах мочекрыты методами люминисцентной микроскопии и посева на плотные питательные среды многократно МБТ не определялись. Через 2 мес набрал в весе 5 кг (вес составил 88 кг), через 6 мес – еще 2 кг, к концу фазы интенсивной терапии вес составил 90 кг.

По окончании фазы интенсивной терапии на КТ ОГП (рис. 3): большая часть очагов рассосалась, сохраняются единичные плотные очаги размерами 1–3 мм на фоне нерезко выраженного пневмофиброза, линейные фиброзные тяжи к костальной и медиастинальной плевре справа. Внутрigrудные лимфоузлы не увеличены. Положительная клини-

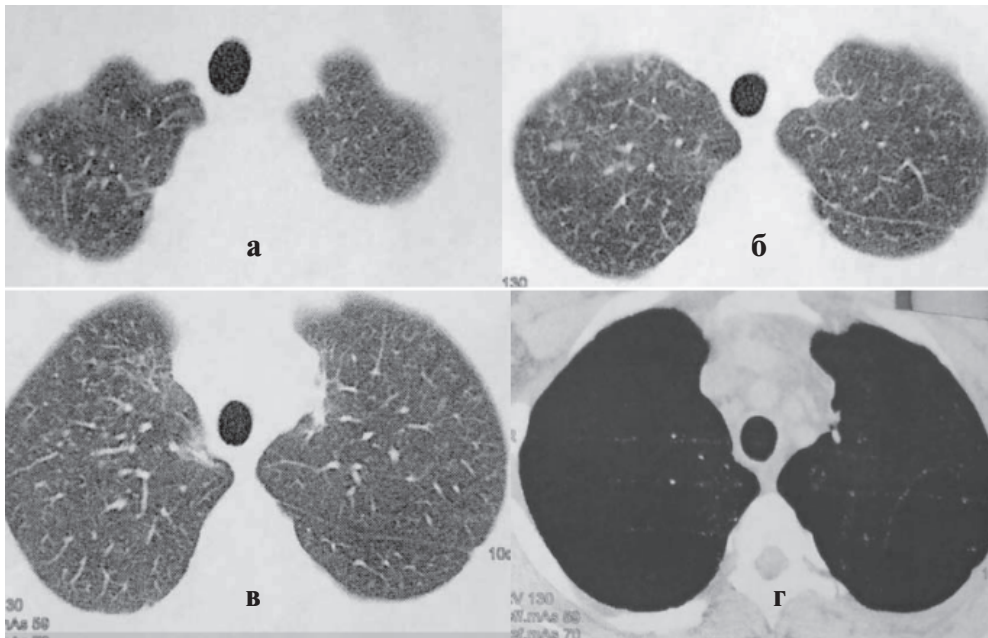


Рис. 3. Компьютерная томография органов грудной полости от 10.07.2014 г.: (а, б, в, г) – большая часть очагов рассосалась, сохраняются единичные плотные участки размерами 1–3 мм в диаметре на фоне нерезко выраженного пневмофиброза. Бронхопальмональные лимфоузлы не увеличены



ко-рентгенологическая динамика явилась основанием для перехода к *фазе продолжения лечения* (ФПЛ).

ФПЛ составила 5 мес, проводилась двумя препаратами: изониазид 0,6 (100 доз), рифабутин 0,45 (100 доз). По завершении ФПЛ в клиническом анализе крови отмечались эозинофилия, увеличение палочкоядерных нейтрофилов, остальные показатели в пределах нормы. В биохимическом анализе крови – повышение гамма-глутамилтранспептидазы до 186 (в норме до 55 U/L); появление СРБ – 16. Изменения в биохимическом анализе крови расценены как гепатотоксическая реакция на ПТП и АРВТ. В связи с этим проведен повторный курс дезинтоксикационной терапии, после которого показатели биохимического анализа крови нормализовались. КТ-контроль: на верхушке правого легкого сохраняются единичные мелкие (2–3 мм), плотные очаги на фоне ограниченного фиброза. На верхушке левого легкого, парамедиастинально – линейный участок уплотнения легочной ткани размерами 1×0,3 см с плевромедиастинальной спайкой.

Лимфоузлы средостения не увеличены, клетчатка средостения уплотнена. Через 8 мес от начала АРВТ уровень CD4+ лимфоцитов – 157 кл/мкл, вирусная нагрузка – 0. Проводимая комплексная терапия ко-инфекции расценена как эффективная. Диагноз при выписке из стационара: «ВИЧ-инфекция, 4В стадия, фаза ремиссии на фоне приема АРВТ. Токсоплазмоз, хроническое течение, латентная фаза. ВПГ-инфекция, персистенция. Инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких, фаза рассасывания и уплотнения, без дыхательной недостаточности. МБТ (-) минус». Пациент выписан для дальнейшего диспансерного наблюдения.

Данный клинический пример показывает, что при проведении комплексной терапии ко-инфекции, при условии приверженности пациента лечению, назначении индивидуализированной рациональной схемы лечения, тщательном контроле и грамотной ликвидации побочных реакций на прием ПТП и антиретровирусных препаратов можно достичь высокой эффективности лечения как туберкулезной, так и ВИЧ-инфекции.

© М.Н.КОЗОВЕНКО, С.И.ТРИХИНА, 2017  
УДК [617:355](092 Пирогов)

**Козовенко М.Н.** ([mnkozovenko@mail.ru](mailto:mnkozovenko@mail.ru)), **Трихина С.И.** – Последний автограф эпистолярного наследия Н.И.Пирогова.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России

*Эпистолярное наследие Н.И.Пирогова включает несколько писем, тематика которых связана с национальным вопросом. Последнее из них в литературе досоветского периода получило название «письма о еврейском вопросе» или черновика письма неустановленному лицу (без места и даты). Эта реликвия в 1897–1930 гг. хранилась в Музее Н.И.Пирогова. На протяжении советского времени письмо не публиковалось, а его библиографическое описание отсутствовало в указателях пироговского эпистолярного наследия. Авторами статьи установлены впервые: адресат (Л.А.Милорадович), место и время написания письма Пироговым, а также обстоятельства, в связи с которыми оно появилось. Современное местонахождение этой пироговской реликвии остается неизвестным.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* Н.И.Пирогов, эпистолярное наследие, письмо о национальном вопросе.

*Kozovenko M.N., Trikhina S.I. – Last autograph of the epistolary heritage of N.I.Pirogov. The epistolary heritage of N.I.Pirogov includes several letters, the subjects of which are connected with the national question. The last of these in the literature of the pre-Soviet period was called «letters on the Jewish question» or a draft copy of the letter to an unidentified person (without place and date). This relic in 1897–1930 was kept in the Museum of N.I.Pirogov. During the Soviet era, the letter was not published, and its bibliographic description was absent in the indexes of the Pirogov epistolary heritage. The authors of the article established for the first time: the addressee (L.A.Miloradovich), the place and time of writing the letter by Pirogov, as well as the circumstances in connection with which it appeared. The present location of this Pirogov's relic remains unknown.*

*К е у в о р д с:* N.I.Pirogov, epistolary heritage, letter about the national issue.

Эпистолярное наследие Н.И.Пирогова включает несколько писем, посвященных преподаванию в национальных школах. Адресатами этих пироговских писем являлись министр народного образования и редакторы ряда журналов. К указанной тематической

группе писем было отнесено и письмо Пирогова неустановленному лицу (без места и даты), названное составителями собрания его сочинений (1914) «письмом о еврейском вопросе». В советских изданиях письмо не публиковалось, а его библиографическое описа-