



О.С. Шальмін<sup>1</sup>, О.М. Разнатовська<sup>1</sup>, Р.М. Ясінський<sup>1</sup>, М.В. Бендус<sup>1</sup>, Т.І. Неткал<sup>2</sup>, І.М. Морозова<sup>2</sup>, Л.І. Степанова<sup>2</sup>, Н.В. Павлюкович<sup>2</sup>

## ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ВІЛ/СНІД-АСОЦІЙОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ПРИЧИНИ СМЕРТІ ХВОРИХ

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет,

<sup>2</sup>КУ Запорізький ПТД №4 ЗОР

**Ключові слова:** вперше діагностований ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

Проаналізовано 22 амбулаторні картки хворих, які померли від вперше діагностованого ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу. Встановлено, що значна частина хворих вела асоціальний спосіб життя, пацієнти страждали на алкоголізм чи наркоманію. Частіше туберкульоз розвивався на фоні ВІЛ-інфекції. Більшість хворих мали дисеміновану та інфільтративну форми легеневого туберкульозу, у третини з них поєднувались легенева та позалегенева локалізація туберкульозу. Значна кількість пацієнтів мали низьку прихильність до лікування як протитуберкульозними препаратами, так і антиретровірусними та мали виражений імунodefіцит. Переважна частина хворих померла від прогресування туберкульозу.

### Впервые диагностированный ВИЧ/СПИД-ассоциированный туберкулез: особенности клинического течения и причины смерти больных

А.С. Шальмин, Е.Н. Разнатовская, Р.Н. Ясинский, М.В. Бендус, Т.И. Неткал, И.Н. Морозова, Л.И. Степанова, Н.В. Павлюкович

Произведен анализ 22 амбулаторных карт больных, которые умерли от впервые диагностированного ВИЧ/СПИД-ассоциированного туберкулеза. Установлено, что большинство больных вели асоциальный способ жизни и страдали алкоголизмом или наркоманией. Чаще туберкулез развивался на фоне ВИЧ-инфекции. У умерших преобладали диссеминированная и инфильтративная формы легочного туберкулеза, у трети больных сочетались легочная и внелегочная локализации туберкулеза. Большинство больных не имели приверженности к специфическому противотуберкулезному и антиретровирусному лечению и имели выраженный иммунодефицит. Преобладающая часть больных умерли от прогрессирования туберкулеза.

**Ключевые слова:** впервые диагностированный ВИЧ/СПИД-ассоциированный туберкулез.

### Newly diagnosed HIV/AIDS-related tuberculosis: clinical features and causes of patients' death

A.S. Shalmin, E.N. Raznatovskaya, R.N. Yasinskiy, M.V. Bendus, T.I. Netkal, I.N. Morozova, L.I. Stepanova, N.V. Pavlyukovich

22 patients cards who died of newly diagnosed HIV/AIDS-associated tuberculosis were analyzed in this article. It was determined that most of the patients led anti-social way of life, and suffered from alcoholism or drug addiction. Tuberculosis more often started after HIV-infection. In died patients disseminated and infiltrative forms of pulmonary tuberculosis were determined more often, in one-third of patients combined pulmonary and extrapulmonary localizations of tuberculosis were determined. Most patients had no commitment to a specific anti-TB and antiretroviral treatment and had a significant immunodeficiency. Most patients died from progression of tuberculosis.

**Key words:** newly diagnosed HIV/AIDS-associated tuberculosis.

Останнім часом туберкульоз став найпоширенішим захворюванням серед ВІЛ-інфікованих, а ріст епідемії ВІЛ/СНІДу сприяє зростанню епідемії туберкульозу у всьому світі. В Україні все частіше відзначають взаємне перехресне інфікування та реєструють рекордно високі темпи поширення цих інфекцій [1,3,8,9]. За даними спеціалізованої літератури, ВІЛ-інфекція підвищує ризик розвитку туберкульозу і, навпаки, туберкульоз має несприятливий вплив на перебіг ВІЛ-інфекції [1,6,7].

Туберкульоз є безпосередньою причиною смерті до 30,0% пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, а на стадіях СНІДу – у 90,0% випадків [2,3,5], що підкреслює необхідність раннього виявлення і лікування туберкульозу у всіх ВІЛ-інфікованих, особливо у хворих з низьким рівнем CD4+-лімфоцитів [4].

Отже, вивчення особливостей клінічного перебігу ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу та аналіз причин смерті зазначеної категорії хворих є актуальним питанням сучасної фтизіатрії.

#### МЕТА РОБОТИ

Встановити особливості клінічного перебігу та причи-

ни смерті хворих на вперше діагностований ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

#### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовано 22 амбулаторні картки хворих, які померли від вперше діагностованого (ВДТБ) ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу та які перебували на диспансерному обліку і лікуванні у протитуберкульозних диспансерах м. Запоріжжя за період 2010–2012 рр.

Отримані результати оброблено за допомогою додатку Microsoft Excel 2010 з пакету програм Microsoft Office.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед хворих на вперше діагностований ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз чоловіків було 12 (54,6%), жінок – 10 (45,4%). Середній вік склав 39,5±1,5 років. Не працювали 90,9% пацієнтів (20 хворих), у місцях позбавлення волі (МПВ) перебували 4 хворих (18,2%), без визначеного місця проживання (ВМП) – 1 (4,5%), на наркоманію страждали 5 хворих (22,7%), на алкоголізм – 5 (22,7%). Асоціальний спосіб життя вели 9 (40,9%) пацієнтів.

У 2 хворих (9,1%) визначено хронічний вірусний гепатит



(ХВГ) С. Контакт з хворими на туберкульоз встановлено у 3 випадках (13,6%). Хіміопротекцію туберкульозу отримували 1 хворий (4,5%).

При аналізованій патології туберкульоз передувала розвитку ВІЛ-інфекції у 1 хворого (4,5%), ВІЛ-інфекція туберкульозу – у 15 (68,2%), одночасне виявлення ко-інфекції встановлено у 6 випадках (27,3%). Щодо одночасного виявлення обох захворювань: у 5 (22,7%) хворих туберкульоз встановлено лише при розтині, а у 1 пацієнта ВІЛ-інфекцію виявлено при встановленні туберкульозного процесу після дообстеження хворого.

На момент смерті пацієнти страждали на туберкульоз у середньому  $1,5 \pm 0,2$  роки, на ВІЛ-інфекцію –  $6,8 \pm 1,0$  років.

Отже, у хворих на ВДТБ вірогідно ( $P < 0,05$ ) частіше розвитку ко-інфекції передувала ВІЛ-інфекція (68,2%).

Туберкульоз мав легенеvu локалізацію у 15 хворих (68,2%), позалегеноvu – у 7 (31,8%). Деструкції у легенях діагностовано у 6 хворих (37,5%), бактеріовиділення – у 12 (54,5%).

Серед хворих з легенеvim процесом (рис. 1) вогнищевий туберкульоз діагностовано у 1 пацієнта (6,7%), інфільтративний – у 5 (33,3%), дисемінований – у 9 (60,0%).

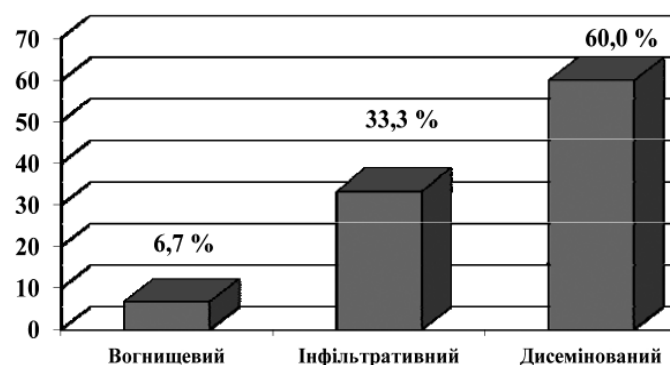


Рис. 1. Розподіл хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз з ВДТБ за клінічними формами.

Отже, серед хворих на ко-інфекцію з ВДТБ вірогідно ( $P < 0,05$ ) частіше переважали дисемінована (60,0%) та інфільтративна форми (33,3%). При цьому у 5 (33,3%) хворих легенеvий туберкульоз мав поєднаний перебіг з позалегеноvim, що значно ускладнювало перебіг ко-інфекції. Так, у 2 (13,3%) пацієнтів супутніми були туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних залоз (ТВГЛЗ), у 2 (13,3%) – ексудативний плеврит (у 1 ще й туберкульоз позачеревних лімфатичних залоз, що підтверджено гістологічно), у 1 (6,7%) – туберкульозний менінгоенцефаліт.

Серед позалегенових форм туберкульозу у 7 пацієнтів спостерігали менінгоенцефаліт (у 2 – 28,6%), ТВГЛЗ (у 3 – 42,8%), туберкульоз позачеревних лімфатичних залоз (у 1 – 14,3%), міліарний туберкульоз (у 1 пацієнта – 14,3%). При цьому у 1 хворого специфічний менінгоенцефаліт поєднаний з туберкульозом печінки (гістологічно підтверджено).

Усі ці хворі належали до І-ї клінічної категорії. Перерви у лікуванні відзначено у 3 хворих (13,6%), 1 пацієнт від-

мовився від лікування взагалі. Профілактику опортуністичних інфекцій бісептолом отримували 9 хворих (40,9%), 1 пацієнт (4,5%) відмовився від неї, 12 (54,6%) особам профілактику не призначено. Лікування в умовах стаціонару центру імунокорекції отримували 4 хворих (18,2%). Антиретровірусну терапію (АРТ) отримували 6 пацієнтів (27,3%), 5 хворих (22,7%) від неї відмовились, 11 (50,0%) особам АРТ не призначено.

Дані про кількість CD4-лімфоцитів у хворих перед тим, як вони померли, в амбулаторних картках зазначено у 15 хворих (68,2%). У 8 пацієнтів (36,4%) кількість CD4-клітин становила до 100. Кількість CD4-клітин склала у середньому  $124,4 \pm 20,1$ . Такий низький рівень CD4-лімфоцитів вказував на важкий імунодефіцит у цієї категорії хворих.

Розбіжностей між клінічним і патологоанатомічним діагнозами не виявлено. При розтині встановлено, що 14 (63,6%) хворих померли внаслідок прогресування туберкульозного процесу (8 (57,1%) – легеневого, 6 (42,9%) – позалегенового) та 8 (36,4%) – внаслідок прогресування ВІЛ-інфекції.

Так, серед 8 хворих, які померли від легеневого специфічного процесу, у 7 (87,5%) діагностовано дисемінований туберкульоз, серед них у 1 хворого встановлено менінгоенцефаліт та у 1 (12,5%) – інфільтративний. Серед 7 померлих з позалегеноvim туберкульозом у 3 (42,8%) встановлено міліарний туберкульоз, у 2 (28,6%) – менінгоенцефаліт (у 1 – у поєднанні з туберкульозом позачеревних лімфатичних залоз), у 1 (14,3%) – множинні туберкульози правої півкулі головного мозку з деструкціями.

Серед померлих від прогресування ВІЛ-інфекції у 2 хворих (25,0%) спостерігали ТВГЛЗ у фазі розсмоктування, двостороння неспецифічна гнійна пневмонія і гостра легенево-серцева недостатність; у 1 (12,5%) – криптококковий енцефаліт з набряком головного мозку. У всіх цих померлих встановлено термінальну стадію ВІЛ-інфекції з поліорганною недостатністю.

При аналізі причин смерті хворих встановлено, що пізня діагностика ВІЛ-інфекції мала місце у 4,5% випадків, пізня діагностика туберкульозу (туберкульоз встановлено лише при розтині) – у 5 хворих (22,7%).

При аналізі пізньої діагностики туберкульозу у хворих на ко-інфекцію з ВДТБ встановлено, що всі ці хворі померли від прогресування специфічного процесу: 2 (9,1%) пацієнти померли від легеневого туберкульозу (прогресування дисемінованого), 3 (13,6%) – від позалегенового (2 (9,1%) – від менінгоенцефаліту, 1 (5,4%) – від міліарного туберкульозу). При цьому у 1 хворого менінгоенцефаліт перебігав у поєднанні з туберкульозом печінки. Також виявлено, що серед цих померлих переважали жінки (13,6% проти 9,1%). Про наявність старих посттуберкульозних змін у легенях (кальцинатів, щільних вогнищ, фіброзу) ані рентгенологічних, ані патологоанатомічних даних при вивченні первинної документації не встановлено. Тому зробити висновок про екзогенне чи ендогенне інфікування хворих не можливо.

**ВИСНОВКИ**

Значна частина пацієнтів, померлих від вперше діагностованого ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу вели асоціальний спосіб життя, страждали на алкоголізм чи наркоманію.

Частіше розвитку ко-інфекції передувала ВІЛ-інфекція.

Більшість хворих мали дисеміновану й інфільтративну форми легеневого туберкульозу, у третини з них поєднувались легенева та позалегенева локалізація туберкульозу.

Значна кількість пацієнтів з ко-інфекцією з ВДТБ мали низьку прихильність до лікування як протитуберкульозними препаратами, так і антиретровірусними та мала виражений імунodefіцит.

Переважає кількість цих хворих померли від прогресування туберкульозу.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. ВИЧ/СПИД-асоційований туберкульоз в первые годы XXI века в Запорожской области / А.А. Растворов [и др.] // Запорожский мед. журнал. – 2008. – №5. – С. 45–47.
2. Динаміка захворюваності та смертності від туберкульозу до і під час епідемії: тенденції та регіональні особливості / Мельник В.М. [та ін.] // Укр. пульмонол. журнал. – 2006. – №1. – С. 53–55.
3. Мельник В.П. Захворюваність та летальність хворих на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфікуванням та СНІДом / Мельник В.П., Світлична Т.Г. // Укр. пульмонол. журнал. – 2006. – №2. – С. 34–36.
4. Показатели иммунитета у пациентов с ВИЧ-инфекцией, ассоциированной с туберкулезом на разных стадиях заболевания / С.А. Сотниченко [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – №1. – С. 62–65.
5. Світлична Т.Г. Епідеміологічний нагляд та ефективність лікування хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз / Світлична Т.Г., Сфименко Л.В. // Актуальні проблеми медицини та біології. – 2007. – №1 (35). – С. 182–187.
6. Течение туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией / А.И. Щелканова [и др.] // Терапевтический архив. – 2001. – №11. – С. 46–49.
7. Феценко Ю.І. Туберкульоз, ВІЛ-інфекція та СНІД: навчальний посібник / Феценко Ю.І., Мельник В.Ф., Турченко Л.В. – К.: Здоров'я, 2004. – 200 с.
8. AIDS epidemic update [Text]. – UNAIDS/WHO, december 2003. – P. 3–28.
9. Apers L. Accuracy of routine diagnosis of pulmonary tuberculosis in an area high HIV prevalence [Text] / Apers L., Wijarajah C., Mutsvangwa J. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2004. – V. 8, №8. – P. 945–951.

**Відомості про авторів:**

Шальмін О.С., д. мед. н., професор, зав. каф. фтизіатрії і пульмонології ЗДМУ.

Разнатовська О.М., к. мед. н., доцент каф. фтизіатрії і пульмонології ЗДМУ.

Ясінський Р.М., аспірант каф. фтизіатрії і пульмонології ЗДМУ.

Бендус М.В., клін. ординатор каф. фтизіатрії і пульмонології ЗДМУ.

Неткал Т.І., головний лікар КУ «Запорізький ПТД №4» ЗОР.

Морозова І.М., зав. диспансерним відділенням КУ «Запорізький ПТД №4» ЗОР.

Степанова Л.І., дільничий лікар-фтизіатр КУ «Запорізький ПТД №4» ЗОР.

Павлюкович Н.В., дільничий лікар-фтизіатр КУ «Запорізький ПТД №4» ЗОР.

Поступила в редакцію 23.01.2013 г.