

УДК 616.98:578.828НIV:616-002.5]:579.23

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА**

Буринский Н. В.

Научные руководители: к.м.н., доцент И. В. Буйневич, к.м.н., доцент В. М. Мицура

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

Введение

Туберкулез у лиц, инфицированных ВИЧ, представляет собой эпидемию в эпидемии. ВИЧ-инфекция относится к наиболее важным из факторов риска развития туберкулеза [2]. Если опасность заболевания туберкулезом на протяжении всей жизни ВИЧ-отрицательных лиц колеблется от 5 до 10 %, то у ВИЧ-положительных пациентов ежегодный риск развития выраженных форм составляет 8 % [1]. На 01.01.2012 года в Республике Беларусь выявлено 1796 случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза [3]. Подавляющее число больных с ВИЧ/ТБ проживает на территории Гомельской области (60,8 %) [1].

Цель

Изучение клинических особенностей течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза на современном этапе.

Материалы и методы исследования

Для ретроспективного анализа клинических особенностей коинфекции ВИЧ/ТБ были изучены патологоанатомические заключения вскрытий и истории болезни пациентов, умерших за период с января по май 2011 года в учреждении «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница». Для выполнения поставленных задач были созданы 2 группы (ОГ — основная группа и КГ — контрольная группа). ОГ составили пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (30 человек). В КГ были включены ВИЧ-отрицательные больные туберкулезом (32 человека). Результаты исследования обработаны статистически с помощью программы «MicrosoftExcel» и «Statistica» 6.0. Для сравнения средних величин 2-х групп использовался критерий Стьюдента (t-критерий).

Результаты и обсуждение

За период с января по май 2011 года в учреждении «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» умер 91 человек. В структуре посмертных диагнозов преобладали туберкулез (КГ, n = 32; 35 %), ВИЧ-ассоциированный туберкулез (ОГ, n = 30; 33 %) и другие заболевания органов дыхания (n = 29; 32 % — эти случаи в нашей работе не рассматривались).

В основной и контрольной группах средний возраст, в котором погибли пациенты, составил $37,9 \pm 9,15$ и $50,7 \pm 9,42$ лет соответственно ($p > 0,05$). Однако, анализируя возрастную структуру больных, выявлено, что в ОГ преобладали пациенты возрастных групп 26–45 лет, а КГ — 41–60 лет. В обеих группах достоверно пациентов мужского пола было больше, чем женского ($p < 0,05$). Однако достоверных межгрупповых различий не выявлено. В обеих группах в структуре город/село достоверно преобладали сельские жители ($p < 0,05$), но межгрупповых различий не определено.

Стаж заболеваемости туберкулезом достоверно различался в ОГ и КГ ($1,77 \pm 3,22$ и $7,97 \pm 8,76$ лет соответственно, $p < 0,05$). Это соответствует литературным данным, так

как туберкулез на фоне ВИЧ-инфекции развивается чаще всего на 3–4 стадии ВИЧ (по классификации ВОЗ, 2006 г.) [14]. Таким образом, у пациентов с ВИЧ-ТБ наблюдается более быстрое течение туберкулеза в более молодом возрасте. При этом по данным литературы, от заражения ВИЧ-инфекцией до развития ТБ проходит 7–10 лет. По нашим наблюдениям стаж ВИЧ-инфекции в ОГ составил $7,97 \pm 4,71$ лет.

В качестве осложнений основного заболевания в обеих группах одинаково часто встречались дыхательная недостаточность (по 50 %), вторичная анемия (ОГ — 63 %, КГ — 50 %), истощение (ОГ — 90 %, КГ — 84 %). Достоверных различий нет.

Как следует из рисунка 1, у больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом наблюдаются клинические формы туберкулеза такие же, как у больных туберкулезом ВИЧ-отрицательных, но в структуре клинических форм ОГ достоверно чаще выявляются диссеминированные, милиарные и остро прогрессирующие формы инфильтративного туберкулеза. Этот факт объясняется более молодым составом больных ОГ и иммунодефицитом, обуславливающим прогрессирующее течение туберкулеза.

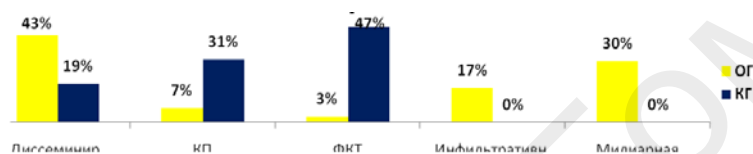


Рисунок 1 — Формы туберкулеза легких у пациентов ОГ и КГ

У пациентов КГ на фоне длительного течения туберкулезного процесса достоверно чаще ($p < 0,05$) формировались хронические деструктивные формы (фиброзно-кавернозный туберкулез, хронический диссеминированный туберкулез). В 4 раза чаще в КГ по сравнению с ОГ причиной смерти было присоединение казеозной пневмонии (31 и 7 % соответственно).

Анализируя фазы ТБ-процесса достоверных межгрупповых различий не выявлено ($p > 0,05$): одинаково часто у пациентов была определена фаза инфильтрации (ОГ — 37 %, КГ — 34 %), обсеменение других участков легких произошло у 10 % больных ОГ и 16 % больных КГ, распад легочной ткани наблюдался у 53 % больных ОГ и 50 % больных КГ.

Нужно отметить, что достоверно чаще в ОГ встречался двусторонний ТБ (ОГ — 76 %, КГ — 53 %). Также выявлено, что достоверно чаще пациенты КГ были выделителями МБТ (ОГ — 83 %, КГ — 100 %). Множественная лекарственная устойчивость чаще встречалась у ВИЧ-положительных пациентов (69 %), чем в КГ (63 %), однако достоверных различий не выявлено.

Таким образом, при развитии туберкулеза у ВИЧ-инфицированных клиническая и морфологическая картина ТБ часто атипична, течение болезни приобретает диссеминированный характер и заканчивается летальным исходом вследствие туберкулеза с присоединением еще ряда оппортунистических заболеваний.

Среди сопутствующих заболеваний в ОГ достоверно чаще встречались орофарингеальный кандидоз (97 %), вирусный гепатит (37 %), отек головного мозга (33 %), контагиозный моллюск (7 %). Эти процессы встречаются только у пациентов с тяжелыми нарушениями в системе иммунитета. У больных КГ эти заболевания не обнаружены. Легочное кровотечение, патология носоглотки, пневмонии, органические расстройства личности одинаково часто регистрировались в обеих группах. У пациентов КГ достоверно чаще встречалась тугоухость (21 %), что связано с длительным приемом пациентами с туберкулезом стрептомицина. В ОГ этот показатель составил 5 %. Кроме того, только у больных КГ наблюдалось развитие ХОБЛ. Это также связано с возрастом пациентов (ХОБЛ развивается у людей старше 40 лет).

Выводы

1. Развитие ТБ у ВИЧ-инфицированных происходит на 3–4 стадии ВИЧ-инфекции (по классификации ВОЗ, 2006 г.). У пациентов с данной патологией наблюдается более

быстрое течение ТБ в молодом возрасте по сравнению с ВИЧ-негативными пациентами. Большую часть умерших пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом составили мужчины в возрасте $37,9 \pm 9,2$ лет. Стаж заболеваемости туберкулезом составил $1,77 \pm 3,2$ лет.

2. При развитии ТБ у больных, давно инфицированных ВИЧ и имеющих клинические проявления иммунодефицита, клиническая и морфологическая картина ТБ часто атипична, течение болезни приобретает генерализованный характер и заканчиваются летальным исходом вследствие присоединения оппортунистических заболеваний (вирусный гепатит, отек головного мозга и другие заболевания). Также часто у пациентов с микст-инфекцией ВИЧ/ТБ встречались орофарингеальный и мочеполовой кандидоз, контагиозный моллюск.

3. У пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом на фоне длительного течения туберкулезного процесса достоверно чаще формировались хронические деструктивные формы (фиброзно-кавернозный туберкулез, хронический диссеминированный туберкулез).

4. Достоверно чаще у больных с коинфекцией ВИЧ/ТБ встречался двусторонний ТБ, чаще пациенты с данной патологией были выделителями МБТ. Множественная лекарственная устойчивость также чаще встречалась у ВИЧ-позитивных пациентов с туберкулезом.

5. Частое развитие у ВИЧ-позитивных пациентов с ТБ гематогенно-диссеминированных форм приводит к полиорганной недостаточности и, как результат, к летальному исходу.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Карачунский, М. А.* Туберкулез при ВИЧ-инфекции / М. А. Карачунский // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2000. — № 1. — С. 47–51.
2. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Карачунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.
3. Эпидситуация по ВИЧ/СПИД в Беларуси / Отдел профилактики ВИЧ/СПИД ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» [Электронный ресурс]. — 2012. — Режим доступа: http://www.aids.by/aids_situation/.

УДК 616.98:578.828НIV:616-002.5]:579.23

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Буринский Н. В.

Научные руководители: к.м.н., доцент И. В. Буйневич, к.м.н., доцент В. М. Мицура

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

ВИЧ-инфекция относится к наиболее важным из факторов риска развития туберкулеза [1, 2]. По состоянию на 1 декабря 2012 г. в Республике Беларусь зарегистрировано 14 088 случаев ВИЧ-инфекции (показатель распространенности составил 116,5 на 100 тыс. населения). Показатель заболеваемости — 11,9 на 100 тысяч населения. Наиболее высока распространенность ВИЧ-инфекции в Гомельской области (348,9 на 100 тыс. населения). На 01.01.2012 года в Республике Беларусь выявлено 1796 случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. По официальным данным подавляющее число больных с сочетанной патологией (ВИЧ-инфицирование и туберкулез) проживает на территории Гомельской области (60,8 %) [3].

Цель

Изучение морфологических особенностей течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза на современном этапе.

Материалы и методы исследования