

Физическая активность и повседневная деятельность пациентов ОГ значительно ограничена состоянием здоровья (PF — $65,7 \pm 20,3$ баллов, RP — $80,9 \pm 28,6$ баллов). У пациентов КГ эти показатели составили $69,8 \pm 25,3$ и $75,0 \pm 29,4$. Больные ОГ ниже оценивают состояние своего здоровья в настоящий момент и перспективы лечения, а также GH, чем больные КГ (BP ОГ — $64,6 \pm 23,0$ баллов, BP КГ — $78,9 \pm 21,7$ баллов; GH ОГ — $43,6 \pm 17,6$ баллов, GH КГ — $45,2 \pm 18,2$ баллов). Утомление и снижение жизненной активности более выражено в ОГ (VT ОГ — $49,7 \pm 22,5$ баллов, VT КГ — $58,8 \pm 21,0$ баллов). У пациентов ОГ отмечено умеренное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния (SF — $54,0 \pm 22,8$). У пациентов КГ этот показатель несколько выше — $61,0 \pm 28,3$. Ухудшение эмоционального состояния мешает в выполнении повседневной работы (большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества). Значительное снижение эмоционального функционирования отметили пациенты ОГ (RE — $41,1 \pm 18,2$) в сравнении с КГ (RE — $64,3 \pm 21,8$). Психическое неблагополучие, наличие депрессивных, тревожных переживаний более выражено у больных ОГ (MH — $47,7 \pm 20,6$ балла), чем у больных КГ (MH — $60,6 \pm 20,8$). Интегральных показателей душевного и физического благополучия, установлено, что у пациентов ОГ психический компонент здоровья значительно ниже физического (MH — $32,0 \pm 8,4$ балла, PH — $52,4 \pm 8,3$). У пациентов КГ эти показатели составили: PH — $52,2 \pm 7,1$, MH — $40,7 \pm 8,8$). Лица КГ значительно хуже ощущают себя в психологическом отношении, чем ОГ.

Большинство показателей по шкалам опросника в ОГ были ниже, чем в КГ, однако статистически значимое снижение показано в шести шкалах: физическое функционирование (PF), интенсивность боли (BP), жизненная активность (VT), эмоциональное функционирование (RE), психическое здоровье (MH) и интегральный показатель — психический компонент здоровья (MH).

Заключение

Таким образом, заболевание туберкулезом легких приводит к снижению всех параметров качества жизни больных: нарушаются физические и психологические показатели здоровья. Качество жизни пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом значительно ниже, чем у ВИЧ-отрицательных больных туберкулезом легких. Данные о качестве жизни пациента могут помочь врачу в выборе правильной программы лечения в каждом индивидуальном случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карачунский, М. А. Туберкулез при ВИЧ-инфекции / М. А. Карачунский // Пробл. туб. — 2000. — № 1. — С. 47–51.
2. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова / под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. — 320 с.
3. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Карачунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.
4. Харрис, Э. ТБ/ВИЧ; клиническое руководство. / Э. Д. Харрис, Д. Махер, С. Грэхем. — ВОЗ, 2006. — 224 с.

УДК 616-002.5-036.8:616.98

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Буринский Н. В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент В. М. Мицура

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Беларуси отмечается нарастание распространения ВИЧ-инфекции. По состоянию на 01.02.2012 г. в Республике Беларусь зарегистрировано 13054 случая ВИЧ-инфекции (пока-

затель распространенности составил 108,9 на 100 тыс. населения). За январь 2012 г. выявлено 99 ВИЧ-инфицированных (за аналогичный период 2011 г. — 75), темп роста 32,0 % [4].

Высокая актуальность проблемы туберкулеза (ТБ) у больных ВИЧ-инфекцией в мире стала очевидной в конце 80-х – начала 90-х гг. Специалисты центра по контролю за болезнями США в 1992 г. определяли сочетанное поражение населения СПИДом и ТБ как пандемию [1]. Данные различных авторов по аспектам проявлений ТБ у больных ВИЧ-инфекцией противоречивы. Одни из них отмечают, что ТБ у больных ВИЧ-инфекцией протекает без особенностей, а лечение не вызывает трудностей [3]. Другие, наоборот, отмечают сложности при его распознавании из-за атипичной рентгенологической картины, абациллярности мокроты, снижения чувствительности к туберкулину, а также при лечении [2]. В определенных группах населения (осужденные, инъекционные наркоманы, стационарные больные ЛПУ, эмигранты) число ВИЧ-инфицированных больных ТБ очень велико. ВИЧ-инфекция способствует возникновению ТБ в указанных группах [1].

ВИЧ-инфекция является самым мощным биологическим фактором, увеличивающим более чем в 10 раз восприимчивость к инфекции ТБ и риск реактивации «дремлющих» *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ), а также кардинально модулирующим характер клинического течения уже развившегося заболевания [1].

Поражение печени у ВИЧ-инфицированных может быть вызвано целым рядом причин — это непосредственно ВИЧ, гепатотропные вирусы (вирусы гепатитов С, В и D), ряд диссеминированных оппортунистических инфекций (генерализованные герпетические инфекции, токсоплазмоз и др.), внутривенные наркотики (и гепатотоксичные вещества, входящие в их состав), алкоголь, препараты для антиретровирусной терапии и прочее [5].

Цель исследования

Изучить клинические, лабораторные и морфологические особенности течения микст-инфекции ВИЧ/ТБ.

Материалы и методы исследования

Для ретроспективного анализа клинико-лабораторных и морфологических особенностей смешанной инфекции ВИЧ/ТБ были отобраны 36 патологоанатомических заключений вскрытий пациентов с ВИЧ-ассоциированным ТБ, умерших в 2010 г. в УЗ «Гомельский областной клинический туберкулезный диспансер».

Результаты и их обсуждение

В исследуемой группе пациентов мужского пола было больше, чем женского (64 и 36 % соответственно). Возрастная структура обследованных представлена на рисунок 1.

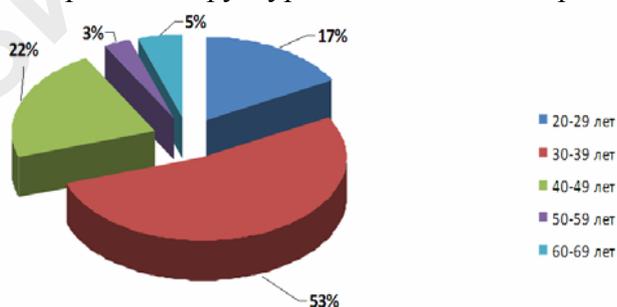


Рисунок 1 — Возрастная структура обследованных

Средний возраст пациентов составил $37,0 \pm 8,9$ лет. Большинство пациентов (61 %) были городскими жителями, причем чаще — жители Светлогорска (58 %), реже — Гомеля (19 %), Жлобина (17 %) и др. Средний стаж пациентов ВИЧ-инфекции равен $7,1 \pm 4,7$ лет.

Анализируя основные диагнозы пациентов, выявлено, что у всех больных была ВИЧ-инфекция в стадии СПИД с множественными инфекционными проявлениями. Чаще встречалась диссеминированная форма ТБ легких (44 %), реже — милиарный ТБ

(39 %), инфильтративный (14 %) и фиброзно-кавернозный ТБ (3 %). В 14 % случаев была генерализованная форма ТБ, причем в 28 % случаев выявлен ТБ-менингит, в 17 % — ТБ-плеврит, в 6 % — ТБ-отит. Анализируя стадию ТБ, определено, что чаще встречался распад (61 %), реже — инфильтрация (33 %) и обсеменение (6 %). 70 % пациентов были активными выделителями МБТ, из которых у 44 % больных наблюдалась множественная лекарственная устойчивость МБТ.

ВИЧ/ТБ у всех пациентов сопутствовал кандидоз (орофарингеальный — 97 %, кишечника — 6 %, мочеполовой — 6 %), истощение (81 %), вторичная анемия (64 %), дыхательная недостаточность 2–3 ст. (25 %), отек головного мозга (22 %). Диагноз хронических вирусных гепатитов С и В был выставлен в 39 % случаев: ХВГ «С» — 36 %, ХВГ «В» — 3 %. Реже встречались ринит (11 %), пневмония (8 %), портальная гипертензия (8 %), лейкопенический синдром (6 %), контагиозный моллюск кожи (6 %) и др. При анализе результатов общего анализа крови выявлены снижение уровня гемоглобина у 91 % пациентов, увеличение СОЭ в 73 % случаев и лейкоцитоз у 23 % пациентов. В биохимическом анализе крови определяется гипербилирубинемия (у 21 %), увеличение АЛТ и АСТ (у 61 и 72 % соответственно).

Морфологические особенности микропрепаратов наиболее выражены в печени и представлены гидропической дистрофией гепатоцитов (у 96 % пациентов), полнокровием синусоидов (93 %), бугорками продуктивно-некротического типа (57 %), инфильтрацией портальных трактов (57 %), фиброзом портальных трактов (7 %), и мелкоузловым циррозом (3 %).

Причинами смерти пациентов с ВИЧ-ассоциированным ТБ при патологоанатомическом исследовании чаще являлась ВИЧ-инфекция в стадии СПИД с множественными инфекционными проявлениями (83 %), отек головного мозга (11 %), легочное кровотечение (3 %), цирроз печени (3 %).

Заключение

Большую часть умерших пациентов с ВИЧ/ТБ коинфекцией составляли мужчины (64 %), в возрасте 30–39 лет (53 %), из Светлогорска (58 %). У всех больных была ВИЧ-инфекция в стадии СПИД с множественными инфекционными проявлениями. Чаще встречалась диссеминированная форма ТБ легких (44 %), реже — милиарный ТБ (39 %), инфильтративный (14 %) и ФКТ (3 %). В 14 % случаев была генерализованная форма ТБ. 70 % пациентов были активными выделителями МБТ, из которых у 44 % больных наблюдалась множественная лекарственная устойчивость МБТ. Из сопутствующих заболеваний чаще встречались кандидоз (100 %), истощение (81 %), вторичная анемия (64 %), дыхательная недостаточность 2–3 ст. (25 %), отек головного мозга (22 %). Диагноз хронических вирусных гепатитов С и В был выставлен в 39 % случаев: ХВГ «С» — 36 %, ХВГ «В» — 3 %. В общем анализе крови выявлены снижение уровня гемоглобина (91 %), увеличение СОЭ (73 %) и лейкоцитоз (23 %). В биохимическом анализе крови определяется гипербилирубинемия (у 21 %), увеличение АЛТ и АСТ (61 и 72 % соответственно). Морфологические особенности микропрепаратов печени представлены гидропической дистрофией гепатоцитов (у 96 % пациентов), полнокровием синусоидов (93 %), бугорками продуктивно-некротического типа (57 %), инфильтрацией портальных трактов (57 %), фиброзом портальных трактов (7 %) и мелкоузловым циррозом (3 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Фролова, О. П. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией: клинико-морфологические и эпидемиологические аспекты / О. П. Фролова // Проблемы туберкулеза. — 2002. — № 6. — С. 30–33.
2. ВИЧ-ассоциированный туберкулез: диагностика, профилактика, лечение / Е. М. Скрягина [и др.] // Здоровоохранение. — 2003. — № 2. — С. 33–38.
3. Хоменко, А. Г. Туберкулез органов дыхания / А. Г. Хоменко. — М., 1998. — 394 с.
4. Информационно-аналитический бюллетень «Здоровье населения и окружающая среда Гомельской области в 2010 году». Вып. 16 / Под ред. В. А. Нараленкова; ГУ «Гомельский областной ЦГЭиОЗ». — Гомель, 2011. — 73 с.
5. Поражения печени у ВИЧ-инфицированных пациентов. Пособие для практических врачей / Н. В. Голобородько [и др.]. — Мн.: БелМАПО, 2004. — 48 с.