

Еще реже назначалось ультразвуковое исследование почек, щитовидной железы, Эхо-КГ.

В 2011 г. у 43,1 % пациентов Петриковского района с АГ, которые были осмотрены врачом-терапевтом, отсутствовали записи в амбулаторных картах о медикаментозном лечении, у 26,6 % пациентов — в г. Гомель ( $p < 0,05$ ). У трети всех наблюдаемых пациентов с сочетанной патологией в 2011 г. отсутствовали медицинские карты. Рекомендации по терапии современными препаратами, комбинированная терапия назначалась крайне редко и контроль за ее выполнением участковыми врачами-терапевтами не проводился. Почти во всех дневниках наблюдения не указывалась дата следующей явки пациента.

В 2011 г. у 84,0 % пациентов с сочетанной патологией районной поликлиники отсутствовали немедикаментозные рекомендации, у 48,0 % — городской поликлиники, у 84,7 % пациентов с АГ районной поликлиники, 70,5 % — в г. Гомеле ( $p < 0,05$ ).

У большинства пациентов в дневниках наблюдения отсутствуют рекомендации по диетической коррекции, модификации образа жизни.

### **Заключение**

1. Уже на этапе постановки на диспансерный учет значительная часть пациентов не получили должного внимания со стороны врача-терапевта. Как в городской, так и в районной поликлиниках, у пациентов отсутствовал первичный эпикриз взятия на диспансерный учет. В районных поликлиниках многие пациенты осматривались нерегулярно, некоторые вообще не были осмотрены, не проводились консультации узкими специалистами.

3. Не в полном объеме осуществлялось необходимое лабораторное и инструментальное обследование. Даже при наличии соответствующих лабораторных исследований врачами-терапевтами не контролируется функциональное состояние органов и систем в динамике.

4. В городской и районной поликлиниках врачами-терапевтами не проводился контроль за назначением лечебно-профилактических рекомендаций пациентам с БСК.

Таким образом, результаты экспертной оценки диспансерного наблюдения пациентов с БСК на терапевтическом участке свидетельствуют о недостаточной работе с этой группой пациентов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. — М.: Практика, 1999. — 459 с.
2. Щавелева, М. В. Роль всеобщей диспансеризации в повышении качества жизни населения / М. В. Щавелева, Т. Н. Глинская, Э. А. Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 65–69.

УДК 616-002.5:616.98:578.828НIV]-091

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА**

*Буйневич И. В., Буринский Н. В., Логинов Р. А.*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

Пандемия ВИЧ/СПИДа открыла новую эру превалирования возбудителей медленных бактериальных и вирусных инфекций как основного этиологического фактора заболеваемости и смертности. Наиболее частой и опасной инфекцией является туберкулез (ТБ). ТБ является одной из ведущих оппортунистических инфекций, приводящих к смерти. По оценкам ВОЗ, в мире 30 % смертей среди ВИЧ-инфицированных лиц обусловлены ТБ [1, 2]. Современная неблагоприятная ситуация по ВИЧ-инфицированию способствует распространению туберкулеза и увеличивает риск заболевания туберкулезом для всего населения. Сочетание ВИЧ и туберкулеза характеризуется своеобразным течением заболевания с наличием как легочных, так и внелегочных поражений и тенденции к генерализации процесса [2, 3, 4]. Не только ВИЧ оказывает неблагоприятное влияние на те-

чение туберкулеза, но и сам туберкулез способствует прогрессированию латентной ВИЧ-инфекции и развитию СПИДа [2, 3, 4].

В отличие от большинства вторичных заболеваний (в том числе остальных микобактериальных инфекций, которые развиваются на поздних стадиях ВИЧ-инфекции), туберкулез может развиваться на любой стадии ВИЧ-инфекции при любом количестве CD4+ лимфоцитов, однако остро прогрессирующий, генерализованный, диссеминированный туберкулез характерен именно для больных с выраженным иммунодефицитом. В Беларуси проблема туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных является чрезвычайно актуальной. В Гомельской области сосредоточено 63,4 % больных с двойной инфекцией, в 2012 г. ТБ явился причиной смерти 42,2 % ВИЧ-инфицированных.

Во многих работах, делается вывод об отсутствии морфологических реакций, характерных для туберкулеза, при низком количестве CD4+ клеток. Процесс теряет свойственную туберкулезу волнообразность. Утрата черт специфической морфологической картины туберкулезного воспаления затрудняет диагностику, морфологическая картина становится похожей на абсцедирующую бактериальную пневмонию и обструктивный бронхит. Все более актуальным становится вопрос патоморфоза туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции.

### **Цель**

Изучение особенностей морфологических проявлений туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции.

### **Материалы и методы исследования**

Проанализированы истории болезни и материалы патолого-анатомического исследования 116 человек, умерших от туберкулеза в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице в 2010–2011 гг.

В 1-ю группу были включены ВИЧ-негативные пациенты (64 человека). Вторую группу составили пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (52 человека). ВИЧ-инфекция у всех пациентов 2-й группы была диагностирована при жизни методами иммуноферментного анализа и иммуноблотинга. Иммунологический статус определен у 26 (50 %) пациентов, при этом медиана уровня CD4+ лимфоцитов составила 48 (2-233) клеток в мкл. **Результаты и обсуждение**

Среди умерших от туберкулеза в обеих группах преобладали мужчины (в 1-й группе — 81,3 %; во 2-й группе — 73 %). При этом межгрупповые различия недостоверны ( $\chi^2 = 1,1$ ;  $p = 0,3$ ). Средний возраст пациентов составил  $50,7 \pm 9,5$  и  $37,9 \pm 9,2$  лет соответственно ( $p < 0,001$ ). Анализируя возрастную структуру, установлено, что в 1-й группе преобладали лица в возрасте 41–60 лет, а во 2-й группе — 26–45 лет. Стаж заболевания туберкулезом составил  $8,0 \pm 4,7$  у ВИЧ-негативных пациентов и  $1,8 \pm 1,1$  лет у пациентов ВИЧ-инфицированных ( $p < 0,001$ ). Лица с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом находились в стационаре меньший период времени, чем пациенты ВИЧ-негативные:  $46 \pm 13,3$  и  $179 \pm 58,6$  койко-дней ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, у ВИЧ-инфицированных пациентов наблюдается более быстрое течение туберкулеза в более молодом возрасте. По данным литературы, от заражения ВИЧ до развития туберкулеза проходит 7–10 лет. По нашим наблюдениям стаж ВИЧ-инфицирования у умерших от туберкулеза составил  $7,9 \pm 4,7$  лет.

Причиной смерти у 48 пациентов 2-й группы (92,3 %) явилось развитие генерализованных форм туберкулеза с множественным поражением внутренних органов. В то время как у пациентов 1-й группы (ВИЧ-негативные) генерализация туберкулеза наблюдалась только в 18 (28,1 %) случаях.

У пациентов 1-й группы ведущее положение занимает фиброзно-кавернозный туберкулез (53,1 %). В то время как у пациентов 2-й группы на первом месте стоит милиарный туберкулез легких (61,5 %). Во всех случаях это был генерализованный процесс с

поражением 2 и более органов. Чаще всего туберкулезные изменения в виде продуктивно-некротических бугорков были обнаружены в печени, селезенке, почках. У пациентов 1-й группы милиарный туберкулез легких как причина смерти установлен не был.

На втором месте у пациентов ВИЧ-ТБ — диссеминированный туберкулез легких (26,9 %). Казеозная пневмония в этой группе составила всего 7,7 %. У ВИЧ-негативных пациентов казеозная пневмония установлена в 28,1 % случаев, диссеминированный туберкулез — 18,8 % (таблица 1).

Таблица 1 — Формы туберкулеза

Основной патологоанатомический диагноз	1-я группа (n = 64)	2-я группа (n = 52)
Диссеминированный туберкулез легких	12 (18,8)	14 (26,9)
с генерализацией	0	12 (23)
Острый генерализованный туберкулез (милиарный)	0	32 (61,5)
Казеозная пневмония	18 (28,1)	4 (7,7)
с генерализацией	10 (15,6)	4 (7,7)
Фиброзно-кавернозный туберкулез	34 (53,1)	1 (1,9)
с генерализацией	8 (12,5)	0

При изучении внутренних органов установлено, что наиболее часто в обеих группах в туберкулезный процесс были вовлечены селезенка и печень (таблица 2). У ВИЧ-инфицированных пациентов селезенка и печень поражаются значительно чаще (88,5 и 84,5 %), чем у пациентов ВИЧ-негативных (28,1 и 25 %). Не было обнаружено у пациентов 1-й группы поражения почек, в то время как во 2-й группе этот показатель составил 65,4 %.

Развитие туберкулезного менингоэнцефалита установлено только у ВИЧ-инфицированных лиц (34,6 %). Во всех случаях поражение мозга и мягких мозговых оболочек явилось следствием гематогенного распространения инфекции.

Внутригрудные и внутрибрюшные лимфатические узлы были вовлечены в патологический процесс только у пациентов 2-й группы (38,5 %) в результате генерализации туберкулеза на фоне глубокого угнетения иммунной системы.

Поражение плевры произошло у 2 (3,1 %) пациентов 1-й группы в результате прорыва субплеврально расположенных каверн с формированием пиопневмоторакса. Во 2-й группе у всех 6 (11,5 %) пациентов туберкулезный плеврит протекал на фоне генерализации туберкулеза и сочетался с множественным поражением внутренних органов. Только у одного пациента 1-й группы в результате длительного течения туберкулеза и генерализации процесса произошло развитие инфильтративно-язвенного туберкулеза подвздошной кишки, милиарного туберкулеза тонкой кишки, туберкулезного перикардита.

Инфильтративно-язвенный туберкулез гортани был обнаружен у 2 (3,1 %) пациентов 1-й группы как результат длительного течения фиброзно-кавернозного туберкулеза.

Таблица 2 — Поражение туберкулезом внутренних органов

Пораженный орган	1-я группа (n = 64)	2-я группа (n = 52)
Селезенка	18 (28,1)	46 (88,5)
Печень	16 (25)	44 (84,6)
Почки	0	34 (65,4)
Гортань	2 (3,1)	0
Тонкая и толстая кишка	1 (1,5)	0
Лимфатические узлы	0	20 (38,5)
Центральная нервная система	0	18 (34,6)
Плевра	2 (3,1)	6 (11,5)
Перикард	1 (1,5)	0

Из осложнений основного заболевания у пациентов обеих групп самым частым

явилось развитие истощения (таблица 3) в результате туберкулезной интоксикации, сопутствующих заболеваний и прогрессирования ВИЧ-инфекции.

Следствием хронической туберкулезной интоксикации явилось развитие паренхиматозной дистрофии внутренних органов у 53,1 % лиц 1-й группы. При этом у ВИЧ-инфицированных это осложнение отсутствует. Амилоидоз печени и селезенки также обнаружен только у ВИЧ-негативных пациентов с хроническими формами туберкулеза. Белковая дистрофия почек значительно чаще встречается у пациентов 1-й группы (18,8 % против 3,8 %). Это тоже обусловлено хронической туберкулезной интоксикацией.

Таблица 3 — Осложнения основного заболевания

Осложнения	1-я группа (n = 64)	2-я группа (n = 52)
Истощение	64 (100)	46 (88,5)
Паренхиматозная дистрофия внутренних органов	34 (53,1)	0
Белковая дистрофия почек	12 (18,8)	2 (3,8)
Амилоидоз печени, селезенки	4 (6,3)	0
Хроническое легочное сердце	6 (9,4)	0
Вторичная анемия	30 (46,5)	42 (80,7)
Жировая дистрофия печени	6 (9,4)	4 (7,7)
Лейкопения	0	2 (3,8)
Отек головного мозга	0	20 (38,5)
Легочное кровотечение	4 (6,3)	2 (3,8)

### **Выводы**

1. Туберкулез является ведущей причиной смерти ВИЧ-инфицированных пациентов, достигая в структуре смертности 42,2 % по Гомельской области.

2. Среди умерших от туберкулеза ВИЧ-инфицированных пациентов наблюдается более быстрое течение специфического процесса в более молодом возрасте. Стаж заболевания туберкулезом составил  $1,8 \pm 1,1$  лет, а преобладающая возрастная категория — 26–45 лет.

3. В подавляющем большинстве случаев (92,3 %) причиной смерти у ВИЧ-положительных явилось развитие генерализованных форм туберкулеза с множественным поражением внутренних органов.

4. Только у ВИЧ-инфицированных пациентов обнаружено вовлечение в патологический процесс почек, головного мозга и мягких мозговых оболочек, лимфатических узлов. У ВИЧ-инфицированных по сравнению с ВИЧ-негативными пациентами значительно реже встречаются признаки хронической туберкулезной интоксикации (истощение, паренхиматозная дистрофия внутренних органов, белковая дистрофия почек, амилоидоз печени, селезенки).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Карачунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.
2. Харрис, Э. ТБ/ВИЧ: клиническое руководство / Э. Д. Харрис, Д. Махер, С. Грэхем. — ВОЗ, 2006. — 224 с.
3. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2012 / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. — М.: Р. Валент, 2012. — 528 с.
4. Пантелеев, А. М. Туберкулез органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией / А. М. Пантелеев // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2010. — Т. 2, № 1. — С. 16–22.
5. Патоморфологические особенности туберкулеза легких на разных стадиях ВИЧ-инфекции (по данным аутопсии) / И. Ю. Бабаева [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2007. — № 12. — С. 38–41.

УДК 616-002.5-036.22-053.2(476.2)

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ДЕТСКОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**