

## В. П. Мельник, О. М. Леоненко, Л. А. Колос ТУБЕРКУЛЕЗ И СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА

*Киевский медицинский институт Украинской ассоциации народной медицины  
Городской туберкулезный диспансер, г. Одесса*

Туберкулез и СПИД — одна из особо актуальных проблем современности. Первые случаи бессимптомного носительства ВИЧ-инфекции зарегистрированы в Украине в 1987 году. С 1987 по 2000 гг. количество ВИЧ-инфицированных возросло в десятки тысяч раз, а число случаев СПИДа — в тысячу [2]. За указанные годы количество вновь выявленных больных всеми формами туберкулеза увеличилось в 2,3 раза и составляет 69 на 100 тыс. населения, или в абсолютных цифрах — 33634 человека [3].

Только в г. Одессе за 2001 год ВИЧ-инфицирование впервые установлено у 910 человек, а туберкулез — у 663, ВИЧ-инфицирование имело место у 185 больных активным туберкулезом легких, что составляло 64,5 %, тогда как в 1997 году этот показатель был значительно меньше (36 %). На конец 2001 г. численность больных активным туберкулезом в Одессе была 2317 человек, а ВИЧ-инфицированных — 5007. Распространенность туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных составляла 3,3 %, а из 954 больных СПИДом жителей Одессы туберкулезом страдали 165 человек, т.е. 17,3 % [1]. Среди всех контингентов туберкулезных диспансеров города инфицированы вирусом иммунодефицита или больны СПИДом 7,1 % больных.

### Материалы и методы

Проанализирована 281 история болезни больных активным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Среди них мужчин было 214 (76,2 %), женщин — 67 (23,8 %). Возраст их колебался от 18 до 54 лет (в среднем  $32,8 \pm 1,1$  года), причем в возрасте от 21 до 40 лет было 229 (81,5 %) больных, моложе 20 лет было 6 (2,1 %) больных, от 21 до 30 лет — 97 (34,5 %), от 31 до 40 — 132 (47,0 %), от 41 до 50 — 41 (14,7 %) и старше 50 лет — 5 (1,7 %) больных. Более 50 % больных в возрасте от 21 до 30 лет были наркоманы, в возрасте 31–40 лет — в большинстве случаев наряду с наркоманией имел место хронический алкоголизм, а у 11,1 % женщин имели место венерические заболевания.

Городских жителей было 230 (82,0 %), сельских — 51 (18,0 %), но на период заболевания 92 (32,7 %) из них не имели постоянного места жительства. Работающих было всего 103 (36,6 %) человека, возвратились из заключения 42 (14,9 %). Парентеральный путь заражения имел место у 150 (53,4 %), а половой — у 131 (46,6 %) больных, причем половой и парентеральный путь заражения у мужчин и у женщин был с одинаковой частотой — 45,8 % и 49,3 % ( $p > 0,05$ ), а также — 54,2 % и 50,7 % ( $p > 0,05$ ).

### Результаты и их обсуждение

Туберкулез возник до установления ВИЧ-инфицирования у 75 (26,7 %) больных, присоединение ВИЧ-инфекции наблюдалось от 6 месяцев до 5 лет. У подавляющего большинства больных (71 из 75) активность туберкулезного процесса сохранялась, а у 52 (69,3 %) — он прогрессировал, несмотря на противотуберкулезную терапию.

Туберкулез диагностирован впервые только у 108 (38,5 %) ранее ВИЧ-инфицированных, что несколько нарушает общее мнение о ВИЧ-инфицировании как о риске для возникновения туберкулеза. Однако у 98 (34,6 %) ту-

беркулез и ВИЧ-инфицирование диагностировали одновременно, и сделать заключение о первичности ВИЧ-инфицирования или заболевания туберкулезом затруднительно, хотя приоритет все-таки можно отдать первому.

Таким образом, туберкулез и ВИЧ-инфекция чаще сочетаются у молодых мужчин и женщин, которые не имеют работы, употребляют наркотики или злоупотребляют алкоголем. У половины из них заражение ВИЧ наступило половым путем, а у половины — парентеральным.

Из 281 больного туберкулезом и СПИДом, туберкулез легких диагностирован у всех. Среди них инфильтративный процесс был у 139 (49,5 %), диссеминированный — у 68 (24,2 %), очаговый, осложненный плевритом — у 39 (13,9 %), фиброзно-кавернозный — у 10 (3,6 %), казеозная пневмония — у 3 (1,1 %), милиарный туберкулез — у 2 (0,7 %) и другие формы туберкулеза — у 20 (7,0 %). По сравнению со структурой заболеваемости туберкулезом органов дыхания среди всего населения Одессы, милиарный туберкулез при сочетанной патологии встречается в 5 раз, а фиброзно-кавернозный — в 3,6 раза чаще.

Распад в легких выявлен у 194 (69,1 %) больных против 53,9 % в общей структуре впервые заболевших, а бактериовыделение — почти в 1,5 раза чаще — 73,7 % против 50,9 % ( $p < 0,05$ ).

У большинства больных специфический воспалительный процесс в легких был распространенный с деструкцией, обсеменением, бактериовыделением и сопровождался прогрессированием. Микобактерии туберкулеза были чувствительны к основным противотуберкулезным препаратам, однако резистентность имела место в 24,5 % случаев, из них: к стрептомицину сульфату — 9,6 %; рифампицину — 6,3 %, этамбутолу — 14,4 %, изониазиду — 4,8 %.

Мультирезистентность установлена у 10 больных (4,8 %), полирезистентность — у 30 (14,4 %) и монорезистентность — у 21 (10,1 %).

Установлено пониженное критическое отношение больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией к своему здоровью. И не только неосознание ими того, что они опасны для окружающих здоровых лиц, но и, нередко, преднамеренное сближение с последними, как с наркоманами, так и с женщинами "легкого поведения".

Клинически туберкулез легких при ВИЧ-инфекции характеризовался общей слабостью (90,0 %), потливостью (71,5 %), снижением массы тела (67,6 %), интоксикацией (90,0 %), кашлем (89,0 %), выделением мокроты (60,0 %), фебрильной температурой тела (20,0 %), болью при дыхании (18,5 %), кровохарканием (7,1 %).

Всем больным с впервые диагностированным туберкулезом применяли 4, а в отдельных случаях 3 или 5 противотуберкулезных препаратов, чаще всего изониазид (5 мг/кг массы тела в сутки), рифампицин (10 мг/кг массы тела в сутки), стрептомицину сульфат (15 мг/кг массы тела в сутки), этамбутол (25 мг/кг массы тела в сутки) и пиразинамид (25–30 мг/кг массы тела в сутки).

Интенсивный режим химиотерапии проводили в условиях стационара. Длительность антимикобактериальной

терапії складала від 5 до 18 місяців (в середньому  $8,1 \pm 0,5$  мес.). К сожалению, все больные с туберкулезом и СПИДом не получали антиретровирусную терапию, а часть больных (24,9 %) недобросовестно относились к лечению туберкулеза, в связи с чем не завершили основной курс антимикобактериальной терапии.

Результаты антимикобактериальной терапии проанализированы у 100 больных с деструктивным туберкулезом легких:

- прекращение бактериовыделения достигнуто в 44,0 % случаев;
- закрытие полости распада — в 26,0 % случаев;
- уменьшение полости распада, частичное рассасывание инфильтрации и очагов обсеменения — в 28,0 % случаев;
- прогрессирование туберкулеза — в 36,0 %;
- смерть наступила у 32,0 % больных, причем у 52,0 % из них на первом году наблюдения в тубдиспансере.

#### Выводы

1. В Украине и в г. Одессе, в частности, из года в год увеличивается численность больных туберкулезом, еще большими темпами возрастает ВИЧ-инфицирование и СПИД, а в связи с этим — сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

2. Туберкулез и ВИЧ-инфекция представляют угрозу для нации в силу неуклонного роста заболеваемости и крайне низкой эффективности лечения.

3. Необходимо решить организационные и методические вопросы по содержанию и лечению больных туберкулезом и СПИДом, т.к. антиретровирусная терапия не проводится вообще, а лечение туберкулеза часто неэффективно, в том числе и по нервно-эмоциональному состоянию больных.

4. Туберкулез при ВИЧ-инфекции характеризуется тяжелым течением, продолжительным бактериовыделением, большой частотой деструктивных, распространенных и прогрессирующих форм с высокой летальностью на первом году выявления.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Леоненко О. М. Імунологічні показники у хворих на деструктивний туберкульоз легень в процесі лікування, в тому числі й при супутньому ВІЛ-інфікуванні. // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. — Київ, 2002. — С. 288–289.
2. Фещенко Ю. И., Поддубный А. Ф., Кунчикова С. А., Антонык С. М. Туберкулез органов дыхания и синдром приобретенного иммунодефицита в Украине // Укр. пульмонолог. журнал. — № 2. — 1997. — С. 55–57.
3. Фещенко Ю. И., Мельник В. М. Туберкулез и СПИД на Украине. — Научные труды к 75-летию ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы. — Москва: Медицина и жизнь, 2001. — С. 61–62.

#### ТУБЕРКУЛЕЗ И СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА

*В. П. Мельник, О. М. Леоненко, Л. А. Колос*

*Резюме*

Проанализированы данные по распространенности туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных по г. Одессе. Определены результаты лечения туберкулеза, даны рекомендации по повышению эффективности химиотерапии.

#### TUBERCULOSIS AND ACQUIRED IMMUNITY DEFICIENCY SYNDROME

*V. P. Melnyk, O. M. Leonenko, L. A. Kolos*

*Summary*

The prevalence of tuberculosis in HIV-infected residents of Odessa city was analyzed. The results of tuberculosis treatment were evaluated; the recommendations on improvement of chemotherapy effectiveness were given.

**Т. В. Луцишин**

## ДЕЯКІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В ПОЄДНАННІ З СЕЧОСТАТЕВИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького*

Наприкінці ХХ ст. туберкульоз як соціально небезпечна хвороба знову став проблемою людства. Епідеміологічна ситуація загострилася в усіх країнах світу, особливо в європейському регіоні [13]. На Україні також неухильно зростає захворюваність та смертність від цієї недуги [9, 11].

Проблема позалегенового туберкульозу в Україні на фоні зростання захворюваності всіма формами туберкульозу потребує особливої уваги у зв'язку зі складністю соціально-економічних умов і станом лікувально-профілактичної мережі [1, 2, 4, 6, 7, 10, 12].

За останні роки збільшилась кількість пацієнтів з генералізованими формами захворювання, коли поряд з туберкульозом легень уражується один чи декілька органів. Поєднане ураження легень та нирок відмічається при багатьох захворюваннях, в тому числі і при туберкульозі [14]. Це зумовлено, насамперед, їх тісним анатомічним зв'язком (по кровоносних та лімфатичних судинах) та функціо-

нальною залежністю (обидва органи приймають участь у підтримці водної, кислотно-лужної та електролітної рівноваги, "стоять на захисті" гомеостазу) [3, 2, 4].

Проте майже всі роботи присвячені перебігу окремих клінічних форм туберкульозу органів дихання або туберкульозу сечовивідних органів і недостатньо висвітлюють особливості поєднаних форм туберкульозу з ураженням легень та сечостатеви́х органів. Тому актуальним є вивчення епідеміології та клініки туберкульозу органів дихання у хворих фтизіоурологічного профілю.

З метою вивчення деяких епідеміологічних та клінічних аспектів туберкульозу органів дихання в поєднанні з сечостатеви́м туберкульозом нами проведено аналіз показників захворюваності за 5 останніх років та 60 історій хвороб пацієнтів, які лікувались в стаціонарі туберкульозу позалегенової локалізації Львівської обласної лікарні.

Проведені дослідження показали, що на протязі 1996–2001 рр. у Львівській області, так як і на Україні в цілому, констатується безперервне збільшення кількості