

В. П. Мельник, Т. Г. Світлична
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ЛЕТАЛЬНІСТЬ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПОЄДНАННІ
З ВІЛ-ІНФІКУВАННЯМ ТА СНІДОМ

Медичний інститут Української асоціації народної медицини

Епідемія туберкульозу, ВІЛ-інфікування та СНІДу в Україні невпинно прогресує. За кількістю ВІЛ-інфікованих Україна займає перше місце в Європі. За оперативною інформацією станом на 1 грудня 2005 року всього в світі зареєстровано 44,3 млн. ВІЛ-інфікованих людей, з них 2,6 млн. — діти до 15 років. В Західній Європі та Центральній Азії, за різними даними, від 52 до 68 тисяч громадян інфіковані вірусом імунодефіциту людини, і кількість їх за останні 3 роки (з 2002 р.) зросла майже на 40 %. В Україні офіційно зареєстровано 87159 ВІЛ-інфікованих, серед яких 10529 — діти. 11 795 дорослих та 406 дітей мають СНІД, а 6887 (58,4 %) дорослих та 179 (44 %) дітей померло від СНІДу. За результатами сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції в Україні, станом на перше півріччя 2005 року із 1225529 громадян, що пройшли скринінгове обстеження на ВІЛ (дані по Україні) в 13091 осіб виявлено ВІЛ, що становить 1,06 %. Найбільшу кількість випадків виявлення ВІЛ (за цими ж даними) зареєстровано в Донецькій (3,3 %), Миколаївській (2,6 %) та в Одеській (2,06 %) областях. Тільки в м. Києві з 78 285 громадян, що пройшли скринінгове обстеження на ВІЛ, 1600 інфіковані, що становить 2,04 %; 3,7 % з них за цими ж даними — це особи, які мали гетеросексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими, 2,6 % — особи, які мають численні незахищені статеві контакти і 25,6 % — ін'єкційні споживачі наркотичних речовин; 2,65 % — це донори крові, органів, тканин. 13,1 % виявлених ВІЛ-інфікованих становлять вагітні. За даними Республіканського центру боротьби зі СНІДом за 1999 — 2005 роки серед шляхів інфікування вірусом імунодефіциту людини на першому місці є парентеральне вживання наркотичних речовин (53,2 %), на другому місці — статевий шлях (28,3 %), від матері до дитини вірус передається у 15,2 % та не встановлений шлях передачі ВІЛ реєструється у 3,3 % випадків.

Станом на 01.05.2005 р. антиретровірусну (АРВТ) терапію в Україні отримували 1783 громадян; на кінець 2005 року за даними Республіканського центру боротьби зі СНІДом АРВТ отримують вже 3185 громадян, але потребують її 17 тис. людей по всій Україні.

Оцінюючи реальну ситуацію по розповсюдженню ВІЛ-інфекції в Україні і беручи до уваги те, що основною причиною смертності у хворих на СНІД є туберкульоз [1], не можна не враховувати і епідеміологічну ситуацію щодо туберкульозу, яка склалася в Україні та світі.

На початок 2006 року захворюваність на туберкульоз в Україні складає 84,1 на 100 тис. населення, в порівнянні з 2002 роком, коли захворюваність на туберкульоз складала 75,6 на 100 тис. Найбільша захворюваність реєструється в Херсонській області (174 на 100 тис.), Луганській (114 на 100 тис.), Миколаївській (111 на 100 тис.), Кіровоградській та Донецькій (109,9 та 103,4 на 100 тис. відповідно) областях. Захворюваність на позалегеновий туберкульоз складає 3,8 на 100 тис., яка незначно змінилась порівняно з 2002 р. (3,5 на 100 тис.). Смертність від

туберкульозу ще в 2002 році становила 20,4 на 100 тис. населення, а на початку 2006 року складає вже 23,4 на 100 тис.

Але все більшої актуальності набирає проблема поєднаної патології ВІЛ/СНІДу та туберкульозу. Епідеміологічна ситуація щодо туберкульозу в поєднанні з ВІЛ-інфекцією з кожним роком продовжує погіршуватись. Якщо в 1999 р. захворюваність на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз за офіційними даними складала 0,22 на 100 тис., а за оперативними даними — 1,6, то в 2003 р. захворюваність складала вже 1,4 (за офіційними даними) та 2,8 на 100 тис. за оперативними даними [2]. В 2004 р. захворюваність на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз вже за офіційними даними склала 2,4 на 100 тис., а в 2005 р. — 3,3 на 100 тис. населення. Захворюваність окремо по місту Києву в 1999 р. становила 0,03 на 100 тис., а в 2005 році складає вже 3,5 на 100 тис. населення. а серед регіонів України на перше місце виходять Миколаївська (12,2), Донецька (9,9), Одеська (8,6) області та м. Севастополь (8,0).

Існує розбіжність між офіційними даними реєстрації випадків ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу та фактичними даними. Однією з причин цього є відсутність належної співпраці протитуберкульозних установ та закладів по боротьбі зі СНІДом, що значно утруднює як діагностику випадків ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, так і нагляд за вже виявленими хворими на поєднану патологію. Це створює значні труднощі у відстежуванні подальшої динаміки захворювання, вивчення ефективності лікування, а також перешкоджає отриманню достовірних даних щодо смертності на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

Мета цієї роботи — провести аналіз епідеміологічної ситуації щодо туберкульозу у поєднанні з ВІЛ/СНІДом, визначити необхідність впровадження більш ефективного комплексу профілактично-лікувальних заходів серед хворих на поєднану патологію.

Завдання — вивчити захворюваність та смертність хворих на туберкульоз при супутньому ВІЛ-інфікуванні та СНІДі у м. Києві, визначити тривалість життя хворих на поєднану патологію, з'ясувати основні клінічні форми туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, вікову структуру хворих, основні шляхи інфікування ВІЛ, особливості діагностики ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

Матеріал і методи

Об'єктом дослідження було обрано осіб, хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз, взятих на облік в Міському центрі СНІДу в м. Києві в період з 2000 по 2005 роки, в яких первинно було діагностовано ВІЛ-інфікування або першим був виявлений туберкульоз, а антитіла до ВІЛ визначалися при дообстеженні, віком від 20 до 55 років обох статей, з туберкульозом легень та позалегеновим туберкульозом.

Матеріалом для цієї роботи були амбулаторні карти хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз, дані мікроскопічного та бактеріологічного методів дослідження, дані рентгенологічного обстеження, результати сероло-

гічного аналізу (виявлення антитіл до ВІЛ) методом ІФА, а також кількість CD4 та CD8-клітин.

Результати та їх обговорення

З метою більш детального з'ясування ситуації, що склалася стосовно ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу в м. Києві було проаналізовано 280 амбулаторних карток хворих на ВІЛ/СНІД-туберкульоз, що були взяті на облік в Міському центрі по боротьбі та профілактиці зі СНІДом та опортуністичними інфекціями в період з 2000 по 2005 роки. Встановлено, що в 2000 р. на облік було взято 18 хворих на поєднану патологію, у 2001 році 34 хворих, в 2002 р. — 18 хворих, в 2003 р. — 28, в 2004 р. — 52, а в 2005 році вже 130 хворих. З них 77,5 % — чоловіки та 22,5 % — жінки. Вік хворих складав від 20 до 55 років. Вікова структура хворих така: 40 % — особи віком 20–29 років, 39 % — 30–39 років, 40–49 років мали 17 % хворих, а у віці 50–55 років було 4 % хворих. Вікова структура хворих змінювалась на протязі 6 років і узагальнено можна сказати, що з кожним роком збільшувалась питома вага осіб більш молодшого віку. Це можна простежити на прикладі: якщо в 2000 р. осіб у віці 20–29 років було 28 %, то в 2003 р. — вже 46,5 %. В 36,0 % випадків (101 хворий) первинно було встановлено ВІЛ-інфікування, в 33,5 % (94 хворих) — першим було виявлено туберкульоз, а в 30,5 % (85 хворих) ВІЛ-інфекція та туберкульоз діагностовані одночасно. Такі дані маємо в основному за рахунок хворих, виявлених в 2004 та 2005 роках. В період з 2000 по 2003 роки взагалі не було випадків одночасного виявлення ВІЛ-інфекції та туберкульозу. В 2000 році первинно було виявлено ВІЛ у 55,5 % хворих, а туберкульоз у 44,5 %, в 2001 р. — первинно виявлено ВІЛ у 29,5 % хворих, туберкульоз виявлено первинно вже у 70,5 % осіб. В 2002 р. питома вага виявлення ВІЛ та туберкульозу знову майже зрівнялась: первинно виявлено ВІЛ у 44,5 %, а первинно туберкульоз — у 55,5 % хворих. В 2003 р. — в 68 % хворих первинно виявлено ВІЛ, а в 32 % хворих — туберкульоз. Таким чином, нема видимої закономірності у первинному виявленні ВІЛ або туберкульозу. В 2004 році з'явилися випадки одночасного виявлення поєднаної патології. Їх питома вага склала в 2004 р. — 27 %, а в 2005 р. — вже 54,5 %. Бактеріовиділення за період з 2000 по 2005 роки було виявлено у 37 % (103 хворих), у 22,5 % (63 хворих) бактеріовиділення було відсутнім (за даними бактеріоскопічного аналізу) та у 40,5 % (114 хворих) дані про наявність МБТ (КСП) відсутні. Причому, якщо дані про наявність МБТ у 2000р. були відсутні у 16,5 % хворих, а в 2001 році — у 9 % хворих, то в 2005 р. дані були відсутні вже в 65,5 % випадків. Це знову таки свідчить про відсутність координованої роботи протитуберкульозних закладів та центрів по боротьбі зі СНІДом.

Якщо детальніше проаналізувати динаміку первинного виявлення ВІЛ або туберкульозу, то можна встановити, що при первинному виявленні ВІЛ туберкульоз на першому році діагностується у 48 % хворих, на другому році — у 17 %, на 3-му році — у 12 % хворих, на 4-му та 5-му роках туберкульоз діагностується порівну — в 7 % випадків. На 6 — 10 роках діагноз туберкульозу ставиться у 9 % хворих. Якщо первинно виявлено туберкульоз, то ВІЛ діагностується на першому році в 42,5 % випадків, на другому році — у 22,1 % хворих, на 3-му році — у 14 %, на 4-му та 5-му роках туберкульоз виявлявся в 4,3 %, на 6–10 роках після виявлення ВІЛ туберкульоз діагностувався у 8,5 % хворих. Були хворі, в яких туберкульоз

діагностувався більше, ніж через 10 років після виявлення ВІЛ, такі хворі склали 4,3 %.

Структура захворювання на туберкульоз в досліджуваних хворих склалась таким чином, що легеневий туберкульоз діагностовано в 86 % хворих. Ця цифра змінювалась з 2000 р. (100 % легеневого туберкульозу) до 2005 р. (легеневий туберкульоз склав 83 % випадків). Позалегеновий туберкульоз виявлений у 12 % хворих (в 2000 — 2002 роках випадків позалегенового туберкульозу не зареєстровано). У 2 % хворих легеневий туберкульоз поєднаний з позалегеновим. В структурі легеневого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів 74 % приходить на долю інфільтративного, причому в період з 2000 р. по 2005 р. питома вага інфільтративного туберкульозу незначно, але поступово зменшувалась з 81,3 % і в 2005 р. склала 63 %. Дисемінований туберкульоз діагностується у 16,5 % хворих. На відміну від інфільтративного, питома вага дисемінованого туберкульозу з 2000 р. (12 % випадків) збільшилась до 19 % у 2005 році. Вогнищевий туберкульоз виявляється у 9,5 % хворих і на протязі 6 років його частка коливалась від 6,2 до 18 % без визначеної закономірності. Інші клінічні форми легеневого туберкульозу у досліджуваних хворих не були зареєстровані. Що стосується позалегенового туберкульозу, то найбільш часто зустрічається туберкульоз периферичних лімфовузлів — у 7,5 % хворих серед усіх взятих на облік, або 54 % серед всіх форм позалегенового туберкульозу. В 12,8 % випадків позалегенового туберкульозу виявляється міліарний туберкульоз, що становить 6 % серед усіх хворих.

Серед шляхів інфікування ВІЛ у взятих на облік хворих з поєднаною патологією на першому місці — парентеральне вживання наркотичних речовин — 82 % випадків. У 18 % хворих з більшою імовірністю встановлений статевий шлях інфікування ВІЛ. Інші шляхи інфікування вказані не були.

Щодо летальності хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз, то за неповними даними за період з 2000 по 2005 роки померло 83 хворих (30 %) з тих, що були взяті на облік в цей же період (280 хворих). Встановлено, що серед хворих, в яких первинно було встановлено ВІЛ, померли 37 хворих (45 %). У 28,5 % хворих з первинно виявленим ВІЛ смерть настає на 1-му році, у 52 % хворих на 2-му році, у 9,5 % — на 3-му році, у 5 % на 4-му та у 5 % на 5-му році після встановлення ВІЛ-інфікування. В період з 2000 по 2005 рр. ці дані дещо змінювались. В 2001 р. померлих на першому році після виявлення антитіл до ВІЛ не було взагалі, на 2-му році померло 75 % хворих, і 25 % — на 5-му році, в 2003 р. на 1-му році померло 16,5 % хворих, а 67 та 16,5 % — на 2-му та 3-му роках відповідно. В 2005 р. на 1-му році вже помирають 60 % хворих, а решта помирає на 2-му році (40 %). Серед померлих 27,5 % хворих, в яких первинно був діагностований туберкульоз. На 1-му році після виявлення ВІЛ помирало 61,5 % хворих, на 2-му році — 7,7 %, на 3-му — 23,1 % хворих, на 4-му році випадків смерті не зареєстровано, та 7,7 % хворих помирало на 5-му році після виявлення ВІЛ. Також, якщо дослідити динаміку, то в 2001 р. на 1-му році помирало 50 % хворих, а в 2003 — 2005 рр. на 1-му році вже помирало 100 % хворих. Питома вага померлих з одночасним виявленням ВІЛ/СНІД та туберкульозу склала також 27,5 % хворих. Серед яких 77 % помирає на 1-му році, а 23 % хворих — на 2-му році після виявлення поєднаної патології. Отже, виявлено, що

всі досліджувані хворі померли в період до 5-ти років після встановлення ВІЛ-інфікування.

ВИСНОВКИ

Таким чином, проведений аналіз захворюваності на ВІЛ/СНІД — асоційований туберкульоз за 2000–2005 рр., підтверджує високу розповсюдженість поєднаної патології та зростаючі темпи поширеності її за останні роки. Констатовано також високу летальність даних хворих (30 %), причому в переважній більшості хворі помирають на протязі перших 2-х років після виявлення.

Згідно досліджень встановлено відсутність взаємозв'язку між фтизіатричною службою та центрами ВІЛ/СНІДу, що проявляється в недостатньому обліку хворих, в неповноцінності діагнозу обох захворювань, тактиці та методиці лікування хворих, не визначені контингенти для ефективної АРВТ, місце та терміни проведення, не враховується вірусне навантаження.

Однак, за 2005 рік є певні позитивні зрушення по вищезгаданих питаннях щодо організації виявлення, обліку та перші кроки по АРВТ. Подальша співпраця та наукове обґрунтування лікування поєднаної патології дозволить підвищити його ефективність та подовжити життя хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Ефективність добровільного консультування та тестування на ВІЛ у виявленні ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу.* / Александріна Т. А., Черенько С. О. // Укр. пульмонолог. журн. — 2005. — № 1. — С. 12–15.
2. *Епідеміологічний нагляд за ситуацією щодо захворюваності на туберкульоз та ВІЛ/СНІД в Україні.* / Черенько С. О., Александріна Т. А. // Український медичний часопис. — 2004. — № 3 (41) — V/VI. — С. 73.
3. *Туберкульоз и синдром приобретенного иммунодефицита.* / Мельник В. П., Леоненко О. М., Колос Л. А. // Український пульмонологічний журнал — 2003. — № 3 — С. 13–15.
4. *Стан і проблеми протитуберкульозної допомоги населенню України та шляхи її поліпшення.* / Фещенко Ю. І., Мельник В. М. // Укр. пульмонолог. журн. — 2004. — № 2. — С. 6–11.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ЛЕТАЛЬНІСТЬ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПОЄДНАННІ З ВІЛ-ІНФІКУВАННЯМ ТА СНІДОМ

В. П. Мельник, Т. Г. Світлична

Резюме

Обстежено 280 хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ-інфікуванням та СНІДом. Виявлено щорічне зростання захворюваності як на туберкульоз (4–10 %) та СНІД (10–15 %), так і на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз (з 0,22 до 3,3 на 100 тис.). З кожним роком зростає питома вага хворих молодого віку (40–60 %). Встановлена висока летальність (30 %) хворих на поєднану патологію на протязі перших двох років після виявлення ВІЛ-інфікування.

INCIDENCE AND LETHALITY IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS IN COMBINATION WITH HIV INFECTION AND AIDS

V. P. Melnyk, T. G. Svitlychna

Summary

We examined 280 patients with tuberculosis in combination with HIV/AIDS. It was revealed the annually growing incidence of both tuberculosis (4–10 %) and AIDS (10–15 %), and HIV/AIDS-associated tuberculosis (from 0,22 to 3,3 per 100 thousands population). The proportion of the younger patients (40–60 %) increases each year. High lethality was found (30 %) in patients with tuberculosis and HIV/AIDS during first two year diagnosing of HIV-infection.