

Т. Г. Світлична

ТУБЕРКУЛЬОЗ В ПОЄДНАННІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СТАЦІОНАРУ*Медичний інститут Української асоціації народної медицини*

Проблема розповсюдженості туберкульозу та ВІЛ/СНІДу в Україні і у всьому світі на сьогодні залишається критичною. Україна за критеріями ВООЗ належить до країн з високим рівнем поширення туберкульозної інфекції, де показник захворюваності вищий за 30 випадків на 100 тисяч населення [1]. В Україні ж захворюваність на туберкульоз в 2006 році становить близько 84 на 100 тис. населення, тоді як в 2000 році — 60,2 на 100 тис. населення, а смертність від туберкульозу за останні роки збільшилась на 14 %. Що стосується розповсюдженості ВІЛ-інфекції, то згідно офіційної заяви Об'єднаної програми ООН по СНІД (UNAIDS) сьогодні Україна є епіцентром ВІЛ-інфекції у Східній Європі [2]. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію та СНІД в Україні збільшилась з 11,8 на 100 тис. населення в 1999 році до 29,2 випадків на 100 тис. населення на теперішній час. Кількість ВІЛ-інфікованих по всій Україні, які офіційно зареєстровані в центрах СНІДу, становить понад 87 тисяч, 12 % з яких діти, а темпи розповсюдження СНІДу в Київській області вдвічі перевищують загальноукраїнські показники. На території Київської області офіційно зареєстровано 1891 ВІЛ-інфікованих осіб, крім того, в області народилось і зареєстровано 286 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. На сьогодні в світі зареєстровано більше 44 млн. ВІЛ-інфікованих, а за оціночними даними міжнародних та національних експертів загалом людей, які живуть з ВІЛ/СНІД в Україні, становить близько 1 % загального населення і може досягнути 1,44 млн. чоловік до 2010 року, якщо не буде прийнято ефективних та скоординованих заходів щодо профілактики ВІЛ-інфекції, в першу чергу серед представників уразливих груп [2]. Туберкульоз, як інфекційна хвороба іде в ногу з ВІЛ, тому в популяції з високим розповсюдженням ВІЛ-інфекції туберкульоз є основною причиною смертності (в 49,5 % випадків), а ВІЛ — рухомою силою епідемії туберкульозу в багатьох країнах світу [1].

Офіційно в Україні випадки ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу почали реєструватися в 1999 році і з кожним роком їх кількість продовжує збільшуватись. На сьогодні існує проблема своєчасного виявлення туберкульозу у ВІЛ-позитивних осіб, яка пов'язана як з ідентичною клінічною симптоматикою обох захворювань, так і з клінічними особливостями перебігу туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції (атипова локалізація туберкульозного процесу, часта відсутність мікобактерій в харкотинні, менша кількість деструктивних форм туберкульозу у хворих порівняно з ВІЛ-негативними пацієнтами). Існує значне недовиявлення позалегенових форм туберкульозу. За фактичними даними позалегеновий туберкульоз виявляють у 9,3 % випадків, тоді як за розрахунковими статистичними даними позалегеновий туберкульоз повинен діагностуватися в 70 % випадків. Це пов'язано як з частим безсимптомним перебігом позалегенового тубер-

кульозу, так і з реакцією організму, яка є характерною для первинної туберкульозної інфекції, із залученням периферичних лімфатичних вузлів та серозних оболонок. Тому система виявлення туберкульозу, яка розроблена для загальної популяції населення, не може бути цілком застосованою серед ВІЛ-інфікованого контингенту і необхідні додаткові методи виявлення туберкульозу серед ВІЛ-позитивної популяції населення [1]. Також основною проблемою у стабілізації епідемічної ситуації поєднаної патології є труднощі у лікуванні хворих на туберкульоз, інфікованих ВІЛ, які пов'язані із тим, що переважна частина хворих неадекватно ставиться до свого захворювання, більшість із них є уживачами психоактивних речовин і не дотримуються режиму лікування, в значній кількості хворих відмічається непереносимість протитуберкульозних препаратів через виражені алергічні та гепатотоксичні реакції, що змушує хворих також переривати лікування. Серед проблем медичного характеру — це відсутність загальноприйнятих схем лікування туберкульозної інфекції на фоні прийому антиретровірусних препаратів, а також те, що епідемія резистентного туберкульозу, яка існує на сьогодні, не минула і ВІЛ-інфікованих хворих, а між тим, досі проблема хіміорезистентного туберкульозу серед хворих на ВІЛ/СНІД належним чином не вивчалась.

Метою роботи було дослідити особливості виявлення, діагностики, клінічного перебігу та лікування хворих на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією в умовах туберкульозного стаціонару та визначити можливі шляхи підвищення ефективності лікування хворих на поєднану патологію.

Завдання — визначити контингент хворих та розповсюдженість ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, шляхи інфікування ВІЛ, динаміку виявлення ВІЛ-інфекції на фоні туберкульозу та туберкульозу на фоні ВІЛ-інфікування, особливості клініки туберкульозного процесу, терміни лікування хворих та частоту резистентного туберкульозу у ВІЛ-позитивних осіб.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження було обрано осіб, яким був встановлений діагноз туберкульозу в поєднанні з ВІЛ-інфекцією, та які отримували лікування в Київській міській туберкульозній лікарні № 1 з диспансерним відділенням з 1999 по 2006 роки.

Матеріалами дослідження були історії хвороб та амбулаторні картки хворих на поєднану патологію. Використовувались клінічні, рентгенологічні, мікроскопічні, бактеріологічні, біохімічні, серологічні, математичні, статистичні методи.

Результати та їх обговорення

Були проаналізовані медичні карти та історії хвороб пацієнтів з діагнозом V ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, які отримували лікування в Київській міській туберкульозній лікарні № 1. За період спостереження з 1999 по 2006 роки було виявлено поєднану патологію у 291 пацієнта. Причому, якщо в 1999 році таких пацієнтів

було 7, то в 2006 році — 86. Серед даного контингенту хворих переважали чоловіки працездатного віку (83 %). 78 % хворих були у віці 20–39 років. Більшість пацієнтів (71,2 %) мали супутній діагноз наркоманії анамнестичне або на момент дослідження і парентеральне вживали наркотичні речовини. В 15,4 % випадків шлях інфікування ВІЛ неможливо було встановити і лише 13,4 % пацієнтів інфікувались ВІЛ статевим шляхом. Саме через медико-соціальний статус основного контингенту хворих мали місце значні труднощі у проведенні лікування цих пацієнтів. Адже майже 40 % хворих лікувались в стаціонарі менше 2-х місяців з причини самовільного переривання лікування або порушення внутрішньолікарняного режиму. Це створило проблему як у діагностиці туберкульозу у даної категорії хворих, так і визначенні режиму та оцінці ефективності лікування. Серед досліджуваних хворих у 69 % виявлено бактеріовиділення, і лише у 27 % з них бактеріовиділення підтверджено бактеріоскопічним методом. В більшій частині хворих наявність мікобактерії в харкотинні виявлялась культуральним методом. Тобто, значна частина хворих, яка лікувалась менше 2-х місяців, не мала достовірного підтвердження наявності або відсутності бактеріовиділення, а отже, становила загрозу для оточуючих, а також не мала належної мотивації до лікування. Друга проблема — це те, що в 38,6 % випадків ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу виявлена резистентність мікобактерій до протитуберкульозних препаратів. Знову ж таки, ця цифра була б набагато більшою, якби всім хворим, які цього потребують, був проведений культуральний аналіз харкотиння на наявність бактеріовиділення з визначенням резистентності мікобактерій до протитуберкульозних препаратів. І навіть якщо хворий залишався в стаціонарі до отримання результатів про резистентність (до 2,5–3 місяців), то 78,4 % пацієнтів перебували в стаціонарі не більше 4 місяців, і за умови виявлення резистентності вони не витримували належні терміни лікування за більш ефективними схемами з урахуванням чутливості. Серед хворих, в яких була виявлена резистентність мікобактерій до ПТП (протитуберкульозних препаратів), в 42,5 % випадків вона була первинною у хворих із вперше діагнованим туберкульозом (ВДТБ), які раніше ніколи не отримували протитуберкульозну терапію. Таких хворих з ВДТБ загалом було 58 %. В 57,5 % випадків була виявлена вторинна резистентність мікобактерій до ПТП у хворих із рецидивом туберкульозного процесу (РТБ) або з хронічними формами туберкульозу (ХТБ). Хворих із РТБ було 30 %, а з ХТБ — 12 % серед всього досліджуваного контингенту. В 7,4 % випадків була виявлена монорезистентність, яка була первинною, в більшості випадків до стрептоміцину. В 13 % хворих виявлена мультирезистентність до ізоніазиду та рифампіцину (в 71 % випадків мультирезистентність була первинною). В 42,6 % випадків виявлена полірезистентність, яка у 65 % зустрічалась у хворих із РТБ та ХТБ. Найбільш часто втрачалась чутливість мікобактерій до стрептоміцину та етамбутолу. В 37 % випадків зустрічалась мульти-полірезистентність до ізоніазиду, рифампіцину, стрептоміцину та етамбутолу, яка в 70 % випадків була вторинною. Лише 21,6 % досліджуваних хворих отримали лікування на протязі 6–8 місяців, в яких можна було достовірно оцінювати ефективність

лікування. Серед досліджуваної категорії хворих у 60 % таких пацієнтів туберкульоз та ВІЛ-інфекція діагностувались одночасно, ВІЛ/СНІД первинно діагностувався у 21,3 % пацієнтів, а туберкульоз первинно діагностувався лише у 18,7 % хворих. Це говорить про те, що, нажаль, більшість хворих поступала на лікування вже в кінцевих стадіях ВІЛ-інфекції (III–IV клінічна стадія), і це, в свою чергу, також створювало труднощі у проведенні повноцінного курсу протитуберкульозної терапії. В 46 % таких пацієнтів мав місце виражений інтоксикаційний синдром, у 41 % хворих анемія II–III ступеню, а 51 % пацієнтів мали супутній діагноз хронічного гепатиту інфекційного генезу (передусім обумовленого хронічною НСУ-інфекцією — 75 % хворих) або змішаної етіології (хронічна НСУ-інфекція в поєднанні з токсичним гепатитом — 25 % хворих). 37 % серед усіх хворих мали виражені гепатотоксичні та алергічні реакції, які змушували хворих переривати лікування. Лише у 43,5 % таких пацієнтів на фоні прводимого лікування вдавалось нівелювати виражені токсико-алергічні реакції та продовжити протитуберкульозну терапію.

Висновки

Отже, вищенаведені дані свідчать про те, що хворі на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз — це контингент хворих, які потребують більш уважного ставлення як з боку держави, так і з боку медичного персоналу, застосування додаткових методів для більш раннього виявлення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих хворих, індивідуального підходу до кожного хворого, психологічної підтримки, обов'язкової післятестової консультації та роз'яснення необхідності проведення повного курсу лікування, одночасної терапії супутньої опортуністичної інфекції для покращання якості життя даної категорії хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Александрова Т. А., Черненко С. О.* Ефективність добровільного консультування та тестування на ВІЛ у виявленні ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу // Укр. пульмонолог. журн. — 2005. — № 1. С. 12–15.
2. *Гордієнко С. М.* Туберкульоз — оцінка ситуації // Здоров'я України. — 2004. — № 107.
3. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Турченко Л. В.* Туберкульоз, ВІЛ-інфекція та СНІД. — Київ: Здоров'я. — 2004. — С. 197.
4. *Особливості перебігу ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні: аналіз клінічної стадії СНІДу* / А. М. Щербинська, С. М. Антоняк, О. М. Кравченко та ін. // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. — 2002. — № 4. — С. 60–62.
5. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М.* Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. — Київ: Здоров'я, 2002. — 904 с.
6. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Кобилянська А. В.* Моніторинг захворюваності та смертності від туберкульозу в Україні серед осіб різних вікових та статевих груп (аналіз за 1990–2000 рр) // Укр. пульмонолог. журн. — 2001. — № 4. — С. 5–8.
7. *Фещенко Ю. І., Мельник В. М.* Медичні аспекти боротьби з туберкульозом // Укр. пульмонолог. журн. — 2005. — № 2. С. 5–8.

ТУБЕРКУЛЬОЗ В ПОЄДНАНІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СТАЦІОНАРУ**Т. Г. Світлична***Резюме*

Обстежено 291 хворий на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією. Виявлені значні труднощі в лікуванні даної категорії хворих, пов'язані як із медичними, так і соціальними аспектами. 40 % хворих не витримують 2-х місячної протитуберкульозної терапії. Відсутні достовірні дані щодо наявності бактеріовиділення у таких хворих, виявлена висока частота хіміорезистентного туберкульозу серед ВІЛ-позитивних пацієнтів (38,6 %). Основний контингент хворих на поєднану патологію складають чоловіки (83 %) у віці 20–39 років (78%). В 71,2 % хворих анамнестичне або на теперішній час має місце парентеральне вживання наркотичних речовин. Лише 21,6 % хворих отримують 6–8 місячний курс протитуберкульозного лікування.

TUBERCULOSIS, ASSOCIATED WITH HIV-INFECTION: PECULIARITIES OF DIAGNOSING AND TREATMENT AT TUBERCULOSIS HOSPITAL**T. G. Svitlychna***Summary*

We examined 291 patients with tuberculosis and associated HIV-infection. We faced serious difficulties in treatment of these patients due to both medical and social aspects. 40% of the patients did not tolerate 2-months ant-tuberculosis therapy. There are no reliable data regarding bacteriological status. Among HIV-infected subjects there was a high prevalence of drug-resistant tuberculosis (38,6 %). This group consists mainly of 20–39 years old men (78 %). 71,2 % of cases were drug users. Only 21,6 % of patients took 6–8 months course of treatment.