

Р. Г. Процюк ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ТА ХВОРИХ НА СНІД

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Однією з головних причин епідемії туберкульозу є пандемія ВІЛ-інфекції. Фахівці центру з контролю за хворими в США вже в 1992 році визначили поєднання ураження населення на СНІД і туберкульоз як пандемію [8, 9]. Звичайно туберкульоз діагностують у 10–15 % ВІЛ-інфікованих. У країнах, що розвиваються, серед хворих на СНІД туберкульоз спостерігається у 40 % випадків [1, 3, 4]. У осіб, які заражені *M. Tuberculosis*, ВІЛ-інфекція є причиною переходу безсимптомної туберкульозної інфекції в захворювання на туберкульоз. Ризик розвитку туберкульозу у ВІЛ-інфікованих зростає в 10–30 разів. По мірі прогресування ВІЛ-інфекції відзначається зменшення числа та ослаблення CD4-лімфоцитів. Імунна система втрачає здатність попередити ріст і локалізувати поширення МБТ. Тому частіше трапляються дисеміновані й позалегенові форми захворювання, але легеневої туберкульоз залишається найпоширенішою формою у ВІЛ-інфікованих осіб.

Останніми роками проблема туберкульозу та ВІЛ/СНІДу для мешканців України набула загрозливого статусу. В Україні одночасно розвиваються епідемії двох соціально небезпечних хвороб — туберкульозу (ТБ) і ВІЛ/СНІДу. В Україні зареєстровано майже 60 тис. ВІЛ-інфікованих. При такому епідеміологічному становищі очікується значне зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз [2, 5], крім того, налагоджена система виявлення туберкульозу серед загальної популяції населення недостатньо ефективна для виявлення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих осіб через атипичний перебіг поєданого захворювання [6, 7].

Діагностика туберкульозу у ВІЛ-інфікованих базується на клінічних і рентгенологічних даних, показниках імунного статусу, результатах туберкулінових проб і бактеріологічного дослідження. Чутливість шкірної туберкулінової проби зворотно пропорційна ступеню імуносупресії у ВІЛ-інфікованих. Негативний результат туберкулінової проби не виключає діагноз туберкульозу. У ВІЛ-інфікованих із туберкульозом легень мікобактерії виявляються у харкотинні у 40–55 % випадків. Для підтвердження діагнозу дисемінованих форм захворювання проводять бактеріологічне дослідження крові, сечі, ліквору та плеврального випоту.

ВІЛ-інфекція не тільки провокує розвиток туберкульозу, але і має різко виражений негативний вплив на його симптоматику та перебіг. Туберкульоз відноситься до найбільш вірулентних інфекцій, що виникає раніше за інші, в тому числі й мікобактеріози, які викликаються комплексом *M. avium*. Клініко-рентгенологічні прояви туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та у хворих на СНІД в значній мірі залежать від ступеню пригнічення імунітету. При цьому кількість CD4-клітин розглядається в якості маркера імункомпетентності макроорганізму. В нормі кількість таких клітин варіює від 500 до 20000 в мкл. Туберкульоз

легень домінує у ВІЛ-інфікованих при відносно високому рівні CD4-клітин, але по мірі зниження їх кількості в крові (до 200 в мкл.) поряд із легеневиими ураженнями (або замість них) все частіше починають виявляти позалегенові локалізації туберкульозу. Міліарний туберкульоз, казеозна пневмонія і менінгіт переважно розвиваються при кількості CD4 — лімфоцитів біля 100 в мкл і менше.

Нами обстежено 256 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень віком від 18 до 60 років, жінок було 87 (34,0 %), чоловіків — 169 (66,0 %). Із них 86 були ВІЛ-інфіковані, 58 — хворі на СНІД і 112 — ВІЛ-негативні пацієнти (табл. 1).

Аналіз таблиці 1 показав, що за віком і статтю хворі всіх трьох груп не відрізнялись, переважали в більшості чоловіки віком 18–40 років (відповідно 70,9 %, 79,3 %, 72,3 %). Старших за 60 років пацієнтів не було.

При вивченні соціального статусу хворих на туберкульоз, поєднаний з ВІЛ-інфекцією (144 особи), встановлено, що 113 (78,5 %) були безробітними, 80 (55,5 %) не мали родини, 87 (60,4 %) зловживали алкоголем, 72 (50,0 %) були наркоманами, 52 (36,1 %) раніше перебували в місцях позбавлення волі, причому у більшості хворих було декілька згаданих ознак. При аналізі шляхів передачі ВІЛ-інфекції серед контингенту, що досліджували, у 78 (54,2 %) хворих зараження ВІЛ наступило парентеральним шляхом при введенні наркотиків, у 43 (29,9 %) — статевим і в інших 23 (15,9 %) шлях зараження встановити не вдалося.

За структурою туберкульозу легень у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД виявляють усі форми туберкульозу (табл. 2).

Проведений аналіз таблиці 2 свідчить про те, що у ВІЛ-інфікованих пацієнтів туберкульоз за структурою не відрізняється від ВІЛ-негативних осіб, найчастіше виявляли інфільтративну форму (відповідно 55,8 % і 54,5 %), найрідше фіброзно-кавернозну (відповідно 4,7 % і 4,5 %). У хворих на СНІД частота інфільтративної форми туберкульозу лишається такою самою (51,7 %), як у ВІЛ-інфікованих осіб та ВІЛ-негативних, однак зростає частота дисемінованої форми (41,4 %), що вище у 1,5 рази, ніж у ВІЛ-інфікованих і у 1,7 рази, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів, і зменшується вогнищева (5,2 %) та фіброзно-кавернозна (1,7 %) форми туберкульозу. Зменшення частоти фіброзно-кавернозної форми у хворих на СНІД можна пояснити особливостями перебігу туберкульозу, які полягають у швидкому прогресуванні процесу із схильністю до генералізації, що призводить до летального наслідку ще до формування фіброзно-кавернозної форми.

Клінічні симптоми при встановленні діагнозу туберкульозу у ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та ВІЛ-негативних пацієнтів наведені в табл. 3.

Аналіз таблиці 3 показав, що на нездужання скаржились 31,4 % ВІЛ-інфікованих, що вірогідно не відрізнялось від ВІЛ-негативних пацієнтів (30,3 %), але було вірогідно рідшим відповідно у 2,7 і 2,8 рази, ніж у хворих на СНІД (86,2 %). Фебрильна температура визначалась у

Таблиця 1

Розподіл хворих на туберкульоз ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та ВІЛ-негативних за віком і статтю

Усього хворих	Групи хворих		Кількість хворих за статтю				Кількість хворих за віком			
			чоловіки		жінки		18–40 років		41–60 років	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хворі на туберкульоз ВІЛ-інфіковані	86	33,6	59	68,6	27	31,4	61	70,9	25	29,1
Хворі на СНІД-асоційований туберкульоз	58	22,7	34	58,6	24	41,4	46	79,3	12	20,7
Хворі на туберкульоз ВІЛ-негативні	112	43,7	76	67,9	36	32,1	81	72,3	31	27,7
РАЗОМ	256	100	169	66,0	87	34,0	188	73,4	68	26,6

Таблиця 2

Структура вперше діагностованого туберкульозу легень

Форма туберкульозу	Кількість хворих					
	ВІЛ-інфіковані		Хворі на СНІД		ВІЛ-негативні	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дисемінована	23	26,7	24	41,4	27	24,1
Вогнищева	11	12,8	3	5,2	19	16,9
Інфільтративна	48	55,8	30	51,7	61	54,5
Фіброзно-кавернозна	4	4,7	1	1,7	5	4,5
РАЗОМ	86	100	58	100	112	100

Таблиця 3

Клінічні симптоми при встановленні діагнозу туберкульозу

Клінічні симптоми	ВІЛ-інфіковані n=86		Хворі на СНІД n=58		ВІЛ-негативні n=112	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Симптоми інтоксикації						
Нездужання	27	31,4	50	86,2	34	30,3
Субфебрильна температура тіла	52	60,5	22	37,9	61	54,5
Фебрильна температура тіла	24	27,9	36	62,1	17	15,2
Схуднення	42	48,8	34	58,6	36	32,1
Кахексія	1	1,2	14	24,1	1	0,9
Респіраторні симптоми						
Кашель сухий	27	31,4	24	41,4	25	22,3
Кашель з мокротинням	39	45,3	31	53,4	54	48,2
Кровохаркання	3	3,5	2	3,4	4	3,6
Задишка	10	11,6	24	41,4	10	8,9

27,9 % ВІЛ-інфікованих і у 62,1 % хворих на СНІД, що відповідно в 1,8 і 4,1 рази частіше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів (15,2 %). Отже, температурна реакція (субфебрильна або фебрильна температура) у хворих на СНІД відмічалася у 100,0 %. Кахексія була у поодиноких випадках ВІЛ-інфікованих (1,2 %) та ВІЛ-негативних пацієнтів (0,9 %) і, відповідно, у 20,1 і 26,8 разів частіше у хворих на СНІД (24,1 %).

Респіраторні симптоми проявлялися сухим та вологим кашлем, кровохарканням та задишкою. Кашель сухий та із виділенням мокротиння відзначали 76,7 % хворих ВІЛ-інфікованих, 94,8 % — хворих на СНІД і 70,5 % — ВІЛ-негативних пацієнтів. Отже, хворі на СНІД частіше скаржились на кашель із виділенням мокротиння (53,4 %), ніж ВІЛ-інфіковані особи (45,3 %). Частота задишки у хворих на СНІД спостерігалась у 41,4 %, що відповідно у 3,6 і 4,6 разів частіше, ніж у ВІЛ-інфікованих (11,6 %) та ВІЛ-негативних пацієнтів (8,9 %).

З інших клінічних проявів виявлені збільшені периферичні лімфатичні вузли у 8 (9,3 %) пацієнтів ВІЛ-інфікованих та у 16 (27,6 %) хворих на СНІД. У ВІЛ-негативних пацієнтів збільшені периферичні лімфатичні вузли не визначали.

Таким чином, симптоми інтоксикації (зниження маси тіла, лихоманка) та респіраторні симптоми (кашель сухий та із виділенням мокротиння, задишка) у ВІЛ-інфікованих та ВІЛ-негативних пацієнтів мало відрізнялись між собою, але у хворих на СНІД вони визначались значно частіше.

Ми проаналізували тривалість симптомів інтоксикації та респіраторних симптомів у ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та ВІЛ-негативних пацієнтів на момент встановлення діагнозу туберкульозу. Ці дані представлені на рис. 1 і 2.

Дані рис. 1 свідчать про те, що симптоми інтоксикації у ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та ВІЛ-негативних пацієнтів тривали різний термін. При аналізі тривалості симптомів інтоксикації на момент встановлення діагнозу туберкульозу визначено, що у ВІЛ-негативних пацієнтів найбільш часто (50,2 %) симптоми інтоксикації тривали до одного місяця, у частини з них (14,6 %) туберкульоз діагностували у перші два тижні виникнення цих симптомів, у 24,6 % — до трьох місяців. У ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД характерний більш тривалий термін існування симптомів інтоксикації до встановлення діагнозу туберкульозу. До 3 місяців існували симптоми інтоксикації до встановлення діагнозу туберкульозу відповідно у 15,2 % і 17,5 % випадків, до п'яти місяців — відповідно у 34,9 % та 34,5 %, понад 5 місяців — відповідно у 38,4 % та 37,9 %, що вірогідно частіше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів — відповідно 8,0 % та 2,6 % ($p < 0,05$). До 2-х тижнів існування симптомів інтоксикації у ВІЛ-інфікованих та у хворих на СНІД туберкульоз діагностували відповідно у 2,3 % і 1,7 %.

Дані рис. 2 свідчать про те, що на момент встановлення діагнозу туберкульозу тривалість респіраторних симптомів у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД значно менша, ніж у ВІЛ-негативних осіб. У хворих ВІЛ-інфікованих частіше респіраторні симптоми існували до одного місяця — у 46 (53,5 %) пацієнтів, у хворих на СНІД — до 3 місяців — у 35 (60,3 %) пацієнтів. Серед ВІЛ-інфікованих та хворих на

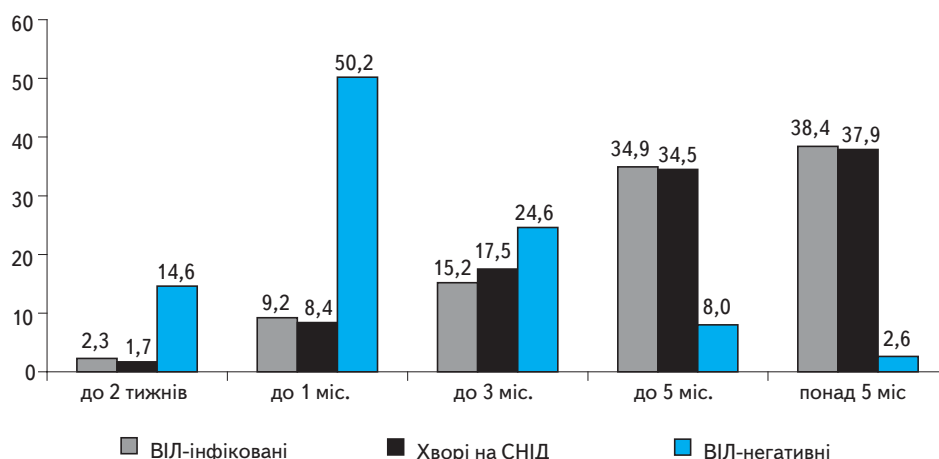


Рис. 1. Тривалість симптомів інтоксикації на момент встановлення діагнозу туберкульозу

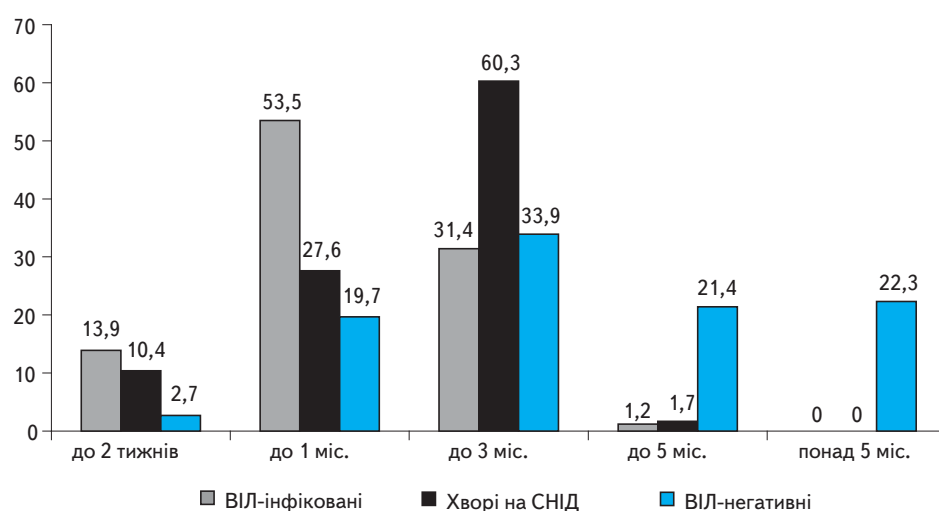


Рис. 2. Тривалість респіраторних симптомів на момент встановлення діагнозу туберкульозу

СНІД не було пацієнтів, у яких респіраторні симптоми тривали понад 5 місяців. У ВІЛ-негативних пацієнтів респіраторні симптоми однаково часто тривали від одного місяця у 22 (19,7 %) і понад 5 місяців — у 25 (22,3 %). Отже, у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД респіраторні симптоми тривали більш короткий період, переважно 1–3 місяці, тоді як у ВІЛ-негативних пацієнтів, понад 5 місяців.

Таким чином, у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД симптоми інтоксикації визначаються в 2–3 рази частіше, виникають раніше і продовжуються понад 5 місяців, а респіраторні симптоми приєднуються пізніше і тривають більш короткий термін (1–3 місяці) до моменту встановлення діагнозу туберкульозу. У ВІЛ-негативних осіб, навпаки — першими виникають респіраторні симптоми і продовжуються понад 5 місяців, і тільки через 1–3 місяці приєднуються симптоми інтоксикації. Особливості перебігу туберкульозу, залежно від ВІЛ-статусу, можуть бути причиною несвоєчасної діагностики і лікування туберкульозу. Крім особливостей перебігу туберкульозу, причиною несвоєчасної діагностики у ВІЛ-інфікованих може бути також нетипова локалізація туберкульозного процесу в легенях. ВІЛ-інфікованих осіб із тривалою лихоманкою та іншими симптомами інтоксикації слід обстежувати щодо захворювання на туберкульоз.

Клінічні прояви туберкульозу легень на ранній стадії ВІЛ-інфекції не мають особливостей. Звичайно виявляються інфільтративні, дисеміновані, рідше вогнищеві процеси, у половині випадків — з розпадом та бактеріовиділенням. Туберкульоз легень розвивається так само, як і у ВІЛ-негативних пацієнтів, тому антибактеріальна терапія виявляється ефективною, і туберкульоз виліковується. На пізніх стадіях, тобто у хворих на СНІД, туберкульоз перебігає злякисно, з швидким прогресуванням процесу в легенях, зі схильністю до некротичних реакцій, з частим розвитком позалегенових форм туберкульозу, з тенденцією до генералізації та високою летальністю через 4–6 місяців, рідше — 9–12 місяців. При цьому антимікобактеріальна терапія, як правило, малоефективна. Клінічні прояви туберкульозного процесу у хворих на ВІЛ-інфекцію часто атипові. На ранніх стадіях ВІЛ-інфікування клінічна картина часто нагадує вторинний туберкульоз, нерідко в харкотинні (бактеріоскопічно) визначаються МБТ, рентгенологічно — вогнища деструкції легеневої паренхіми. На пізніх стадіях клініка часто нагадує первинний легеневий туберкульоз, МБТ у харкотинні методом бактеріоскопії виявляються рідко, при рентгенодіагностиці — вогнища інфільтрації без розпаду. При ураженні легень інфільтрати рентгенологічно виражені слабо, не

мають чіткої локалізації, часто процес схильний до дисемінації в легеневій тканині (міліарний туберкульоз). Особливо часто в патологічний процес залучаються лімфатичні вузли та менінгеальні оболонки, а також плевра. В той же час, у них достовірно рідше вражаються верхні відділи легень, не так часто формуються порожнини розпаду та ателектази. Порушення харчування, вкрай характерні для хворих на СНІД, ще більше змінюють клініко-рентгенологічні прояви туберкульозу.

Характерними ознаками розвитку даної патології в термінальній стадії СНІДу на фоні туберкульозу є: тривале стійке підвищення температури тіла до 39–40 °С на фоні активного протитуберкульозного лікування; значна втрата маси тіла до 10 кг за 2–3 місяці; рідке світле, до 400 мл пінисте харкотиння, яке легко виливається з легень при кашлі; висока ШОЕ (>45 мм/год), лейкоцитоз до $20 \cdot 10^9$ /л. Рентгенологічно в легенях на фоні верхньодольової локалізації туберкульозу виявляються розсіяні інфільтрати, в основному у середньо-нижніх відділах легень, які за короткий час (до 3 міс.) перетворюються на множинні порожнини (з картиною "зруйнованих легень"), містять (встановлено при секційному дослідженні) незвичайні, жовто-зелені нашарування. Швидке прогресування процесу в легенях відмічається на фоні інтенсивної протитуберкульозної терапії, навіть при збереженні чутливості МБТ до цих препаратів. У всіх хворих був кандидоз порожнини рота.

Таким чином, поширеність уражень, схильність до дисемінації туберкульозу з множинними позалегеневими локалізаціями розглядаються як головні відмінні особливості у ВІЛ-інфікованих хворих, їх виявлення повинно викликати підозру на імунонекомпетентність, навіть при негативних реакціях на ВІЛ-інфекцію.

Позитивні результати проби Манту у хворих на ВІЛ-інфекцію реєстрували значно рідше, ніж у хворих не інфікованих ВІЛ (28 % і 67 % відповідно).

Приблизно у 1/3 хворих ВІЛ-інфікованих уражаються лімфатичні вузли: частіше шийні, пахвинні, внутрішньогрудні, дещо рідше — мезентеріальні та пахові. Шийні лімфатичні вузли збільшуються вже через 2–4 тижні від початку захворювання. У більшості хворих туберкульоз на лімфаденопатія була першою причиною встановлення діагнозу СНІДу. В клініці переважала лихоманка, слабкість, анемія та болючі збільшені лімфатичні вузли, переважно задньощийної групи.

Атиповий перебіг, частота позалегеневої локалізації, поєднання з іншими опортуністичними захворюваннями ускладнюють, а іноді й роблять неможливою, своєчасну діагностику туберкульозного процесу у хворих на ВІЛ-інфекцію, що відображається на проведенні адекватної терапії, а також на якості та тривалості життя хворих.

Для покращання діагностики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих осіб слід спрямувати зусилля на своєчасне виявлення як легеневих, так і позалегеневих форм захворювання. Звертати увагу на наступні симптоми і ознаки, підозрілі на туберкульоз: загальна слабкість, знижена працездатність, погіршення апетиту, пітливість, тривале (понад один місяць) підвищення температури тіла до субфебрильних та фебрильних значень, виснаження та втрата маси тіла, сухий або з невеликою кількістю мокротиння кашель більше трьох тижнів, кровохаркання, біль у грудній клітці, задишка. У разі наявності цих проявів слід проводити обстеження таких хворих за наступною схе-

мою: рентгенографія органів грудної клітки (пряма та бокова), томографія трахео-бронхіального дерева, (при можливості комп'ютерна томографія органів грудної клітки), при збільшенні периферичних лімфатичних вузлів — їх біопсія. Аналіз харкотиння на МБТ слід проводити не тільки мікроскопічним, але обов'язково і культуральним методом.

Якщо у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в легенях рентгенологічно визначаються інфільтративні або вогнищеві зміни будь-якої локалізації, при негативному результаті дослідження мазка на кислотостійкі палички (КСП), проводиться культуральне дослідження харкотиння на МБТ та терапія антибіотиками широкого спектру дії тривалістю до 2 тижнів. При цьому не слід застосовувати препарати, що мають протитуберкульозну активність (стрептоміцин, канаміцин, амікацин, капреоміцин, ріфампіцин, мікобутин, препарати групи фторхіналонів). У випадку відсутності ефекту від проведеної терапії антибактеріальними препаратами широкого спектру дії пацієнту слід призначити протитуберкульозну хіміотерапію. Профілактика ВІЛ-інфікування вкрай важлива в боротьбі проти туберкульозу, а контроль за туберкульозом, в свою чергу, повинен стати суттєвою частиною при догляді за хворими ВІЛ/СНІДом. Високий темп поширення епідемії туберкульозу та ВІЛ вимагає прийняття термінових заходів по боротьбі з цими інфекціями. Зростання кількості ВІЛ-інфікованих може збільшити в кілька разів захворюваність на туберкульоз.

Висновки:

1. Серед контингенту хворих на туберкульоз, який поєднаний з ВІЛ-інфекцією, переважають особи чоловічої статі (66,0 %) у віці 18–40 років (73,4 %), безробітні (78,5 %), наркомани (50,0 %), та особи, що раніше перебували в місцях позбавлення волі (36,1 %).

2. У хворих на туберкульоз ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та ВІЛ-негативних пацієнтів переважав інфільтративний туберкульоз: відповідно 55,8 %, 51,7 %, 54,5 %. У хворих на СНІД зростає частота дисемінованої форми туберкульозу (41,4 %), що вище у 1,5 рази, ніж у ВІЛ-інфікованих і у 1,7 рази — ВІЛ-негативних пацієнтів.

3. У ВІЛ-негативних пацієнтів першими виникають респіраторні симптоми і пізніше (1–3 місяці) приєднуються симптоми інтоксикації. У ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД раніше виникають симптоми інтоксикації, які тривають понад 5 місяців, а респіраторні симптоми приєднуються пізніше і тривають не більше 3 місяців до моменту встановлення діагнозу туберкульозу.

4. Зростання кількості ВІЛ-інфікованих серед контингентів протитуберкульозних закладів вимагає від медичного персоналу суворого дотримання протиепідемічних заходів відносно як туберкульозу, так і ВІЛ-інфекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ахтун О. И., Голанов В. С., Березин И. Г., Кирбякьева Е. Н. Особенности клинической картины и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных // Пробл. туберкулеза. — 2002. — № 11 — С. 21–23.
2. Леоненко-Бродецька О. М. Виявлення, клінічний перебіг та лікування туберкульозу в інфікованих вірусом імунодефіциту людини осіб та хворих на синдром набутого імунодефіциту: Автореф. дис... канд. мед. наук. — К., 2005. — 20 с.
3. Черенько С. О., Александріна Т. А. Епідеміологічний нагляд за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом // Укр. мед. часопис. — 2004. — № 7–8. — С. 36–40.

4. Хауадамова Г. Т., Аруинова Б. К., Бидайбаев Н. Ш. Особенности течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных // Пробл. туберкулёза. — 2001. — №5. — С. 34–36.
5. Щелканова А. И., Кравченко А. В. Особенности течения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией // Тер. архив. — 2004. — №4. — С. 20–25.
6. Щербинская А. М., Кобища Ю. В., Круглов Ю. В. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции на Украине // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 1999. — № 1. — С. 26–29.
7. Aerts D, Jobim R. The Epidemiological Profile of Tuberculosis in Southern Brasil in Times of AIDS // Int. J. Tubercle and Lung Disease. — 2004. — Vol. 8, № 6. — P. 785–791.
8. Borgdorf M. W., Nagel Kerke N., van Soolinger D., De Haas P. E. W., Veen J., van Embden I. D. A. Analysis of Tuberculosis transmission between nationalities in the Netherlands in the period 1993 — 1195 using DNA fingerprinting // Am. J. Epidemiol. — 1998. — Vol. 147. — P. 187–195.
9. Narian J. B., Raviglione M. C., Kochi A. // HIV-associated tuberculosis in developing countries: epidemiology and strategies for pre-sentation // Tubercle and Lung Disease. — 1992. — Vol. 73, № 6. — P. 311–323.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ТА ХВОРИХ НА СНІД

Р. Г. Процюк

Резюме

Проаналізовано особливості перебігу вперше діагностованого туберкульозу легень у 256 хворих, із них 86 (33,6 %) були ВІЛ-інфіковані, 58 (22,7 %) хворі на СНІД і 112 (43,7 %) — ВІЛ-негативні.

Встановлено, що клінічні прояви туберкульозу легень на ранній стадії ВІЛ-інфекції не мають особливостей у порівнянні із ВІЛ-негативними пацієнтами. На пізніх стадіях, тобто у хворих на СНІД, туберкульоз перебігає зляккісно, з швидким прогресуванням процесу в легенях, із тенденцією до генералізації процесу та високою летальністю через 4–6 місяців. При цьому антимікобактеріальна терапія малоефективна. У ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД симптоми інтоксикації визначаються в 2–3 рази частіше, виникають раніше і продовжуються понад 5 місяців, а респіраторні симптоми приєднуються пізніше і тривають більш короткий термін (1–3 місяці) до встановлення діагнозу туберкульозу. У ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД методом мікроскопії бактеріовиділення виявляють в 2,0 і 2,7 разів рідше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів.

PECULIARITIES OF LUNG TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED AND AIDS PATIENTS

R. G. Protsyuk

Summary

There was analyzed the peculiarities of newly diagnosed lung tuberculosis in 256 patients: 86 (33,6 %) were HIV-infected, 58 (22,7 %) — patients with AIDS and 112 (43,7 %) — HIV-negative. It was established that there were no differences between clinical manifestations of lung tuberculosis in patients with early stage of HIV-infection and in HIV-negative patients. In advanced stages of HIV-infection (i.e. AIDS) tuberculosis rapidly progresses, with high lethality in 4-6 months. Antibacterial therapy often is ineffective. Toxication symptoms in HIV-infected patients develop in 2-3 times more frequently, lasting more than 5 months, whereas respiratory symptoms appear later, lasting shorter period of time (1-3 months) before diagnosis is established. Negative sputum smears in HIV-infected and AIDS patients are revealed in correspondingly 2,0 and 2,7 times more often than in HIV-negative tuberculosis patients.