

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

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу у світі вчені пов'язують із стрімким ростом пандемії ВІЛ-інфекції [4, 5, 11]. Високий рівень інфікування мікобактеріями туберкульозу (МБТ) та швидке розповсюдження ВІЛ-інфекції прогнозують передбачений рівень зростання поєднаної патології. У країнах, де значна частина населення ВІЛ-інфікована, у 30–50 % хворих на ВІЛ-інфекцію є ризик захворіти на туберкульоз [6, 12].

Останніми роками проблема туберкульозу та ВІЛ/СНІДу для мешканців України також набула загрозливого характеру [8]. Внаслідок атипового та злякисного перебігу ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз несвоєчасно діагностується, що призводить до невдач лікування та летальних наслідків. У зв'язку із цим, особливого значення набуває діагностика туберкульозу у ВІЛ-інфікованих [7, 10].

Відповідно до концепції Національної програми боротьби з туберкульозом в Україні діагностика цього захворювання здійснюється у два етапи: виявлення захворювання та встановлення діагнозу.

Виявлення туберкульозу проводиться в лікувальних закладах загальної медичної мережі при зверненні громадян за медичною допомогою (пасивне виявлення) та містить в собі вивчення скарг, анамнезу, фізичне обстеження, мікроскопічне дослідження мазків харкотиння на кислотостійкі палички (КСП), а також доступне лікувальному закладу рентгенологічне обстеження органів грудної порожнини [1, 9].

Встановлення діагнозу туберкульозу проводиться в спеціалізованих протитуберкульозних закладах шляхом більш розширеного обстеження, яке включає мікроскопічне дослідження мазка харкотиння на наявність МБТ, культуральне дослідження харкотиння (в т.ч. і тест на чутливість до протитуберкульозних препаратів) і рентгенологічне обстеження в необхідному об'ємі. При відсутності харкотиння досліджують доступний діагностичний матеріал. У випадку негативних результатів мікроскопічного дослідження діагностичного матеріалу на МБТ при наявності клініко-рентгенологічної симптоматики, що дає підстави запідозрити туберкульоз, проводять дослідження матеріалу, отриманого з ураженої ділянки шляхом біопсії, проводять цитологічне та морфологічне дослідження [1, 3, 9]. Однак організація виявлення туберкульозу серед ВІЛ-позитивного контингенту населення не відрізняється від виявлення туберкульозу серед загальної популяції населення.

Нами обстежено 256 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень віком від 18 до 60 років, жінок було 87 (34 %), чоловіків — 169 (66 %). 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 (відповідно 68,6 %, 58,6 %, 67,9 %), віком

18–40 років (відповідно 70,9 %, 79,3 %, 72,3 %). Старших за 60 років пацієнтів не було.

У результаті проведеного аналізу серед 144 ВІЛ-позитивних осіб встановлено, що виявлення туберкульозу здійснюється переважно пасивним шляхом через недостатнє охоплення цього контингенту профілактичною флюорографією органів грудної клітки, що обумовлено соціальною і віковою структурою пацієнтів.

При вивченні соціального статусу хворих на туберкульоз, поєднаний з ВІЛ-інфекцією, встановлено, що 113 (78,5 %) були безробітними, 80 (55,5 %) не мали родини, 87 (60,4 %) зловживали алкоголем, 72 (50 %) були наркоманами, 52 (36,1 %) раніше перебували в місцях позбавлення волі, причому в більшості хворих було декілька згаданих ознак.

При аналізі шляхів передачі ВІЛ-інфекції серед контингенту, що досліджували, у 78 (54,2 %) хворих зараження ВІЛ nastупило парентеральним шляхом при введенні наркотиків, у 43 (29,9 %) — статевим і в інших 23 (15,9 %) шлях зараження встановити не вдалося.

У програмах ВООЗ зусилля спрямовані на виявлення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих осіб, зосереджуються на пасивному виявленні. Перевага пасивному виявленню туберкульозу надається через те, що цей метод більш фінансово економічний, а також тому, що в структурі серед ВІЛ-інфікованих значну питому вагу посідають позалегенові форми туберкульозу (до 40–50 %), які в більшості випадків неможливо виявити за допомогою профілактичного флюорографічного обстеження.

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

Проведений аналіз таблиці 2 свідчить про те, що у ВІЛ-інфікованих пацієнтів туберкульоз за структурою не відрізняється від ВІЛ-негативних осіб, найчастіше виявлялися 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 ж (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 — 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 зі схильністю до генералізації, що призводить до летального наслідку ще до формування фіброзно-кавернозної форми.

При проведенні аналізу рентгенологічних ознак, дисемінований туберкульоз легень був встановлений у 26,7 % ВІЛ-інфікованих хворих, 41,4 % хворих на СНІД та у 24,1 % ВІЛ-негативних пацієнтів. За характером дисемінації хворі розподілялись наступним чином: у хворих ВІЛ-інфікованих дрібновогнищева дисемінація виявлена у 4 (17,4 %), середньовогнищева — у 11 (47,8 %),

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.	%
1 група Хворі на туберкульоз ВІЛ-інфіковані	86	33,6	59	68,6	27	31,4	61	70,9	25	29,1
2 група Хворі на СНІД-асоційований туберкульоз	58	22,7	34	58,6	24	41,4	46	79,3	12	20,7
3 група 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

крупновогнищева — у 8 (34,8 %); у хворих на СНІД дисемінація дрібновогнищева встановлена у 12 (50 %), середньовогнищева — у 10 (41,7 %), крупновогнищева — у 2 (8,3 %); у ВІЛ-негативних осіб дисемінація дрібновогнищева визначалась у 4 (14,8 %), середньовогнищева — у 12 (44,5 %), крупновогнищева — у 11 (40,7 %). Таким чином, у хворих на СНІД переважала дрібновогнищева (50 %) та середньовогнищева (41,7 %) дисемінація у легенях. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів характер дисемінації у легенях за розміром такий самий, як і у ВІЛ-негативних осіб.

Зливні вогнища з ділянками казеозного некрозу виявили у 4 (17,4 %) хворих ВІЛ-інфікованих та у 3 (12,5 %) хворих на СНІД. У ВІЛ-негативних пацієнтів зливні вогнища з ділянками казеозу виявили у 11 (40,7 %), що вірогідно в 2,3 та 3,3 рази частіше, ніж у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. У ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД переважали ексудативно-пневмонічні зміни в легенях, тоді як у ВІЛ-негативних пацієнтів — казеозно-некротичні зміни. Деструкції легеневої тканини виявили у 11 (47,8 %) хворих ВІЛ-інфікованих, у 7 (29,2 %) хворих на СНІД, у 16 (59,3 %) ВІЛ-негативних пацієнтів. Таким чином, деструктивний процес при дисемінованій формі туберкульозу легень визначався рідше у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в 1,2 та 2 рази, відповідно у порівнянні із ВІЛ-негативними пацієнтами. Крупні гігантські каверни частіше діагностували у хворих на туберкульоз ВІЛ-негативних.

Ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів при дисемінованому туберкульозі легень діагностували у 6 (26,1 %) із 23 хворих ВІЛ-інфікованих, у 9 (37,5 %) із 24

хворих на СНІД і у 2 (7,4 %) із 27 ВІЛ-негативних пацієнтів, що відповідно у 3,5 та 5,1 разів рідше, ніж у хворих попередніх груп ($p < 0,05$). Проведений аналіз показав, що у хворих ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД з дисемінованим туберкульозом легень майже у половині випадків уражені внутрішньогрудні лімфатичні вузли, тоді як у ВІЛ-негативних пацієнтів були поодинокі випадки. Ексудативний плеврит визначали у 2 (8,7 %) хворих ВІЛ-позитивних, у 3 (12,5 %) — хворих на СНІД, що в 2,3 і 3,4 рази частіше ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів (3,7 %).

При проведенні аналізу рентгенологічних ознак вогнищевої форми туберкульозу у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД ми їх об'єднали в одну групу, оскільки серед хворих на СНІД виявили тільки 3 випадки вогнищевої форми. Типове розташування вогнищ у S_1-S_2 у хворих ВІЛ-позитивних було у 9 (64,3 %), із 14 хворих, а у ВІЛ-негативних осіб — у 17 (89,5 %) із 19, що в 1,39 разів більше. Нижньо- та середньодольова локалізація вогнищ була у 5 (35,7 %) хворих ВІЛ-інфікованих, проти 2 (10,5 %) ВІЛ-негативних, що у 3,4 рази рідше ($p < 0,05$). Однобічний процес був у 9 (64,3 %), ВІЛ-інфікованих, проти 15 (79 %) у ВІЛ-негативних пацієнтів. Двобічний процес відзначався у 5 (35,7 %) хворих ВІЛ-інфікованих, проти 4 (21,0 %) хворих ВІЛ-негативних, що у 1,7 рази частіше. М'які вогнища без чітких контурів визначали у 10 (71,4 %) із 14, а поліморфні — у 4 (28,6 %) хворих ВІЛ-інфікованих, проти 7 (36,8 %) і 12 (63,2 %) у хворих ВІЛ-негативних ($p < 0,05$). Отже, м'які вогнища у хворих ВІЛ-інфікованих були в 1,9 разів частіше, ніж у ВІЛ-нега-

тивних хворих, а поліморфні вогнища (м'які, фіброзні, щільні) у хворих ВІЛ-позитивних були у 2,2 рази рідше, ніж у ВІЛ-негативних хворих. Це підтверджує факт, що у ВІЛ-інфікованих хворих туберкульозний процес протікає у короткий термін, коли вогнища перебувають у фазі ексудації і не встигають ущільнитись, а туберкульоз прогресує до тієї стадії, коли у таких пацієнтів виявляють вже не вогнищеву, а інфільтративну або дисеміновану форму туберкульозу. У хворих ВІЛ-інфікованих із вогнищевим туберкульозом ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів виявили у 3 (21,4 %), наявність ексудативного плевриту — у 2 (14,3 %). У хворих ВІЛ-негативних таку патологію не спостерігали. Наявність двобічного вогнищового туберкульозу з ураженням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та плеври свідчить про гематогенну природу вогнищового туберкульозу.

При аналізі рентгенологічних ознак інфільтративної форми туберкульозу у ВІЛ-інфікованих хворих типова верхньодольова локалізація процесу спостерігалася так само часто, як і у хворих на СНІД, відповідно, 34 (70,8 %) із 48 і 18 (60 %) із 30 ($p < 0,05$), але відповідно у 1,2 і 1,5 разів рідше, ніж у хворих ВІЛ-негативних — 54 (88,5 %) із 61 ($p < 0,05$). Середньо- та нижньодольова локалізація інфільтрату частіше виявлялась у хворих ВІЛ-позитивних — 14 (29,2 %) та хворих на СНІД — 12 (40 %) ($p < 0,05$), ніж у хворих ВІЛ-негативних — 6 (9,8 %) ($p < 0,05$). Проведений аналіз показав, що для ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД характерна як типова, так і середньо- та нижньодольова локалізація інфільтратів на відміну від хворих ВІЛ-негативних, у яких значно переважає верхньодольова локалізація туберкульозного процесу ($p < 0,05$). Нижньодольова локалізація туберкульозного інфільтрату у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД може бути причиною пізньої діагностики туберкульозу та гіпердіагностики позагоспітальної пневмонії.

У ВІЛ-інфікованих пацієнтів та хворих на СНІД однібічні інфільтрати були відповідно у 32 (66,7 %) із 48 і у 17 (56,7 %) із 30, що вірогідно відрізнялось від ВІЛ-негативних — 51 пацієнта (83,6 %) із 61. Двобічна локалізація туберкульозного процесу виявлялась у 2,2 і 2,7 разів частіше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів: відповідно 33,3 % та 43,3 % проти 16,4 %.

У 48 хворих ВІЛ-інфікованих діагностовано наступні клініко-рентгенологічні варіанти інфільтративного туберкульозу легень: хмароподібний — у 24 (50 %), круглий — у 13 (27,1 %), лобулярний — у 2 (4,2 %), лобіт — у 7 (14,5 %). У 30 хворих на СНІД клініко-рентгенологічні варіанти розташовувались наступним чином: хмароподібний — у 20 (66,7 %), круглий — у 6 (20 %), лобулярний і перисцесурит — не визначали, лобіт — у 4 (13,3 %). У 61 ВІЛ-негативних хворих на туберкульоз хмароподібний інфільтрат виявляли у 20 (32,8 %), круглий — у 18 (29,5 %), лобулярний — у 12 (19,7 %), перисцесурит — у 3 (4,9 %), лобіт — у 8 (13,1 %). Таким чином, для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД типовим є хмароподібний та круглий інфільтрати в легенях, і рідко зустрічається лобулярний інфільтрат та перисцесурит. У ВІЛ-негативних хворих виявлялись усі варіанти інфільтративної форми туберкульозу, найчастішими з яких був хмароподібний (32,8 %) та круглий (29,5 %) інфільтрати. Однак, хмароподібний інфільтрат у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД визначався відповідно у 50,0 % і 66,7 % випадків, що у 1,5 та 2 рази частіше, ніж у хворих ВІЛ-негативних ($p < 0,05$). Лобіт виявляли з однако-

вою частотою у ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та ВІЛ-негативних, відповідно, 14,9 %, 13,3 % та 13,1 % ($p > 0,05$). Таким чином, для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД типовими є хмароподібний та круглий інфільтрати в легенях, і рідко зустрічаються лобулярний інфільтрат та перисцесурит. У ВІЛ-негативних хворих типовим є хмароподібний, круглий і лобулярний інфільтрати. У ВІЛ-інфікованих, особливо у хворих на СНІД, інфільтрати мають вигляд звичайної пневмонії, особливо у бактеріонегативних хворих, що може призвести до її хибної діагностики. Такий характер рентгенологічних змін у легенях у ВІЛ-позитивних пацієнтів націлює на обережність діагностування позагоспітальної пневмонії, яка не піддається лікуванню антибіотиками широкого спектру дії. Для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД при інфільтративній формі туберкульозу характерні, ексудативно-пневмонічні зміни в легенях і мало характерні казеозно-некротичні. Бронхогенна дисемінація була у 9 (18,7 %) ВІЛ-інфікованих осіб, у 2 (6,7 %) хворих на СНІД і у 13 (21,4 %) ВІЛ-негативних пацієнтів, що вірогідно частіше у 1,1 рази, ніж у ВІЛ-інфікованих, і у 3,2 рази, ніж у хворих на СНІД ($p < 0,05$). Гематогенна дисемінація визначалась у 7 (14,6 %) хворих ВІЛ-інфікованих, у 10 (33,3 %) хворих на СНІД, у 10 (16,4 %) ВІЛ-негативних осіб ($p < 0,05$). У більшості випадків двобічна локалізація туберкульозного процесу була обумовлена вогнищовою дисемінацією. Таким чином, у хворих на СНІД двобічний туберкульозний процес діагностовано відповідно у 2,3 та 2 рази частіше, ніж у ВІЛ-інфікованих та ВІЛ-негативних пацієнтів. Порожнини розпаду в легенях виявлені у 26 (54,2 %) хворих ВІЛ-інфікованих, у 11 (36,7 %) хворих на СНІД і у 36 (59 %) хворих ВІЛ-негативних. Звертаємо увагу на те, що розпад легеневої тканини у ВІЛ-негативних і ВІЛ-інфікованих пацієнтів виявлявся майже однаково часто, а у хворих на СНІД в 1,5 і 1,7 разів рідше, ніж у ВІЛ-інфікованих та ВІЛ-негативних хворих, що значно утруднює діагностику туберкульозу та призводить до хибної діагностики пневмонії.

Ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів у хворих на інфільтративний туберкульоз легень діагностовано у 7 (14,6 %) ВІЛ-інфікованих, у 8 (26,7 %) хворих на СНІД, що у 1,8 разів частіше ($p < 0,05$); у 2 (3,3 %) хворих ВІЛ-негативних, що у 4,4 і 8,1 разів рідше, ніж у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

Ексудативний плеврит у хворих інфільтративним туберкульозом легень визначали у 3 (6,2 %) ВІЛ-інфікованих пацієнтів, у 3 (10 %) хворих на СНІД та у 2 (3,3 %) ВІЛ-негативних осіб, що значно рідше, ніж у хворих ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

Фіброзно-кавернозний туберкульоз діагностували у 4 (4,7 %) хворих ВІЛ-інфікованих, у 1 (1,7 %) хворого на СНІД і у 5 (4,5 %) ВІЛ-негативних пацієнтів. Аналіз рентгенологічних даних не виявив суттєвих особливостей у групах при даній патології. Слід відмітити, що у хворих на СНІД фіброзно-кавернозна форма туберкульозу легень зустрічалася в 2,8 разів рідше, ніж у ВІЛ-інфікованих і у 2,6 разів рідше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів. Зменшення частоти фіброзно-кавернозної форми у хворих на СНІД можна пояснити особливостями перебігу туберкульозу, які полягають у швидкому прогресуванні процесу, що призводить до летального наслідку ще до формування цієї форми туберкульозу.

Проведений аналіз рентгенологічних ознак вогнищової, інфільтративної та дисемінованої форм туберкульозу легень у ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на СНІД та

ВІЛ-негативних пацієнтів дозволяє зробити висновки, що туберкульоз за структурою у ВІЛ-інфікованих та ВІЛ-негативних не відрізняється — однаково часто виявляють дисеміновану, вогнищеву та інфільтративну форми. Однак у хворих на СНІД частота дисемінованої форми становить 41,4 %, що майже удвічі вище, ніж у ВІЛ-інфікованих і ВІЛ-негативних осіб.

У результаті вивчення рентгенологічних ознак туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД нами встановлено, що ці пацієнти мають рентгенологічні особливості перебігу туберкульозу.

Таким чином, за структурою у ВІЛ-інфікованих та ВІЛ-негативних пацієнтів однаково часто виявляють дисеміновану, вогнищеву та інфільтративну форми. У хворих на СНІД частота дисемінованої форми туберкульозу визначалась майже удвічі більше (41,4 %), ніж у ВІЛ-інфікованих та ВІЛ-негативних пацієнтів.

Висновки

1. Дисемінована форма туберкульозу легень у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД характеризується дрібними та середніми за розмірами вогнищами без тенденції до зливання і казеозного некрозу, з невисокою частотою деструкції легеневої тканини у 47,8 % ВІЛ-інфікованих та у 29,2 % хворих на СНІД, що в 1,2 і 2 рази рідше, ніж у ВІЛ-негативних хворих (59,3 %); залученням у патологічний процес внутрішньогрудних лімфатичних вузлів відповідно 26,1 % і 37,5 %, що в 3,5 та 5,1 рази частіше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів (7,4 %) та плеври відповідно 8,7 % і 12,5 %, що в 2,3 і 3,4 рази частіше, ніж у ВІЛ-негативних пацієнтів (3,7 %).

2. У ВІЛ-позитивних вогнищеву форму туберкульозу характеризується атиповою середньо-нижньодольовою локалізацією, а в 35,7 % випадків двобічним ураженням, залученням в патологічний процес внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (21,4 %) і наявністю ексудативного плевриту (14,3 %).

3. Середньо-нижньодольова локалізація інфільтративного туберкульозу визначалась у 29,2 % ВІЛ-інфікованих та у 40 % хворих на СНІД, з невисокою частотою деструкції легеневої тканини, відповідно 54,2 % та 36,7 % випадків; частим двобічним ураженням за рахунок лімфо- та гематогенної дисемінації у хворих на СНІД (33,3 %), що частіше у 2,3 і 2 рази, ніж у ВІЛ-інфікованих та ВІЛ-негативних осіб. Частіше визначалося залучення в патологічний процес у хворих на СНІД внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (26,7 %) та плеври (10 %). У ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД частіше виявляються хмароподібні (відповідно, 50 % та 66,7 %) та круглі інфільтрати ексудативно-пневмонічного характеру без схильності до казеозно-некротичного перетворення.

4. Зменшення частоти фіброзно-кавернозної форми у хворих на СНІД (1,7 %) 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.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Александріна, Т. А.* Епідемічна ситуація в Україні щодо туберкульозу у поєднанні з ВІЛ-інфекцією та СНІДом [Текст] / Т. А. Александріна // Укр. хіміотерапевт. журн. — 2003. — № 3–4. — С. 11–14.

2. *Леоненко, О. М.* Рентгенологічні особливості туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД [Текст] / О. М. Леоненко // Укр. пульмонолог. журн. — 2005. — № 1. — С. 16–20.
3. *Наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р.* „Про затвердження інструкції щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень”. — Київ. — 2003. — 102 с.
4. *Фещенко, Ю. І.* Сучасні погляди на епідеміологію туберкульозу в Україні [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник // Укр. пульмонолог. журн. — 2007. — № 2. — С. 75–80.
5. *Фещенко, Ю. І.* СНІД у хворих на туберкульоз [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. П. Мельник // Вісник АМН України. — 2000 — Т.6. — № 4. — С. 809–814.
6. *Фроловна, О. П.* Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу среди больных ВИЧ-инфекцией в России и система мер его профилактики [Текст] / О. П. Фроловна // Пробл. туб. — 2001. — № 5. — С. 31–34.
7. *Хауадамова, Г. Т.* Особенности течения туберкулёза у ВИЧ-инфицированных больных [Текст] / Г. Т. Хауадамова, Б. К. Аруинова, Н. Ш. Бидайбаев // Пробл. туб. — 2001. — № 5. — С. 34–36.
8. *Черенько, С. О.* Епідеміологічний нагляд за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні [Текст] / С. О. Черенько, Т. А. Александріна // Укр. мед. часопис. — 2004. — № 7–8. — С. 36–40.
9. *Щелканова, А. И.* Особенности течения туберкулеза сочетанного с ВИЧ-инфекцией [Текст] / А. И. Щелканова, А. В. Кравченко // Терапевт. арх. — 2004. — № 4. — С. 20–25.
10. *Аперс, L.* Accuracy of routine diagnosis of pulmonary tuberculosis in an area of high HIV prevalence [Text] / L. Apers, C. Wijarajah, J. Mutsvangwa // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2004. — V. 8. — № 8. — P. 945–951.
11. *Badri, M.* Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area [Text] / M. Badri et al. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2001. — V. 5. — № 3. — P. 225–232.
12. *Fernandez de la Hoz K., Iñigo J., Fernandez-Martín J.I.* The influence of HIV infection and imprisonment on dissemination of Mycobacterium tuberculosis in a large Spanish city [Text] / K. Fernandez de la Hoz, J. Iñigo, J. I. Fernandez de la Hoz K., Iñigo J., Fernandez-Martín J.I. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2001. — V. 5. — № 8. — P. 696–702.

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

Р. Г. Процюк

Резюме

Проаналізовано рентгенологічні особливості у 256 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, із них 86 (33,6 %) були ВІЛ-інфіковані, 58 (22,7 %) хворі на СНІД і 112 (43,7 %) ВІЛ-неінфіковані пацієнти. Встановлено, що туберкульоз за структурою у ВІЛ-інфікованих та ВІЛ-негативних пацієнтів не відрізняється — однаково часто виявляють дисеміновану, вогнищеву та інфільтративну форми. У хворих на СНІД частота дисемінованої форми становить 41,4 %, що майже удвічі вище, ніж у ВІЛ-інфікованих і ВІЛ-негативних осіб. Для ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД характерна як типова, так і середньо- та нижньодольова локалізація інфільтратів, які мають вигляд звичайної пневмонії, що може бути причиною пізньої діагностики туберкульозу та гіпердіагностики позагоспітальної пневмонії.

RADIOLOGICAL PECULIARITIES OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED SUBJECTS AND AIDS PATIENTS

R. G. Protsyuk

Summary

Radiological peculiarities of 256 newly detected patients with pulmonary tuberculosis were analyzed. 86 patients (33,6 %) were HIV-infected, 58 patients (22,7 %) had AIDS, 112 (43,7 %) were not HIV-infected. It was detected that focal, infiltrative and disseminated forms of disease were in equal proportion in HIV-infected and HIV-negative patients. HIV-infected and patients with AIDS had typical, atypical middle and lower lobe localization of infiltrates, which looked like pneumonia. That can be the reason of late detection of tuberculosis and overdiagnosis of pneumonia.