

Т. В. Тлустова
ПЕРЕБІГ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України"

Вступ

Пригнічення імунної системи у хворих з ко-інфекцією ВІЛ/туберкульоз призводить до збільшення позалегене-

вих форм захворювання на туберкульоз, в тому числі і туберкульозного менінгоенцефаліту, що зумовлює актуальність вивчення особливостей його перебігу.

Український пульмонологічний журнал. 2015, № 2. Додаток.

Метою дослідження було встановлення особливостей перебігу ТМ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів та ефективності застосування антиретровірусної терапії (АРТ).

Матеріали і методи

Обстежені 137 пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні у КЛПУ «Обласна клінічна туберкульозна лікарня» (м. Донецьк). 97 пацієнтів були ВІЛ-інфіковані та 40 пацієнтів мали ВІЛ-негативний статус. Кількість CD4+-лімфоцитів в крові, нижчу за 100 кл/мл, мали 52 пацієнти, що складало 53,6 %, причому у 44 хворих (45,4 %) рівень CD4+-лімфоцитів в крові був нижчим за 50 кл/мл. Загалом же у 77,3 % пацієнтів кількість CD4+-лімфоцитів в крові не перевищувала 200 кл/мл.

Результати

При аналізі показників ВІЛ-інфікованих пацієнтів залежно від рівня CD4+-лімфоцитів в крові статистично значущих відмінностей між частотою супутнього специфічного ураження легень, лімфатичних вузлів, плеври знайдено не було. Але у пацієнтів з показниками CD4+-лімфоцитів в крові менше 100 кл/мл в 1,6 разів частіше реєструвалося ураження внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ВГЛВ) — у 36,5 % проти 22,2 % хворих з більш високим рівнем CD4+-лімфоцитів в крові. Ураження плеври приблизно однаково зустрічалось в усіх ВІЛ-інфікованих — у 13,5 % хворих з показниками CD4+-лімфоцитів в крові менше 100 кл/мл та 11,1 % хворих з більш високими показниками CD4+-лімфоцитів. Також у пацієнтів з показниками CD4+-лімфоцитів в крові менше 100 кл/мл спостерігалось достовірне збільшення випадків генералізованого туберкульозу — 61,5 % проти 33,3 %, $p < 0,005$.

Особливістю ВІЛ-асоційованого ТМ був гострий початок з продромальним періодом менше 5 днів, що спостерігалось у 50,0 % осіб з рівнем CD4+-лімфоцитів в крові нижче 100 кл/мл. Серед ВІЛ-негативних хворих таких випадків не було, $p < 0,001$. У більшості ВІЛ-інфікованих хворих незалежно від рівня CD4+-лімфоцитів в крові головними симптомами були головний біль і лихоманка — 90,7 % осіб, розлади свідомості — 70,1 % осіб. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів з рівнем CD4+-лімфоцитів в крові нижче 100 кл/мл часто була відсутньою нудота — у 67,3 % осіб. У більшості ВІЛ-інфікованих пацієнтів спостерігалась класична картина ТМ з наявністю ригідності потиличних м'язів у 83,5 %, позитивних симптомів натягнення у 84,5 % та ураження черепно-мозкових нервів у 81,4 % осіб, проте по мірі прогресування імуносупресії збільшувалась

питома вага випадків з відсутністю характерних неврологічних ознак, що досягало максимуму при рівні CD4+-лімфоцитів в крові нижче за 100 кл/мл і реєструвалось у 40,4 % хворих.

Зміни ліквору у ВІЛ-інфікованих пацієнтів були характерними для ТМ і представлені зростанням вмісту білка, зниженням рівня глюкози і хлоридів, помірним плеоцитозом з переважанням лімфоцитів. Серед хворих з кількістю CD4+-лімфоцитів в крові нижче 100 кл/мл збільшувалась частота визначення в лікворі нормального вмісту білку і глюкози — 28,9 % і 18,4 % випадків відповідно, відсутності плеоцитозу — 17,8 % випадків. Незалежно від ступеня імуносупресії у ВІЛ-інфікованих частіше спостерігався нейтрофільний плеоцитоз, проте частота не перевищувала 36,8 %.

Приєднання АРТ до протитуберкульозного лікування призводило до зниження госпітальної летальності: 16,1 % проти 57,1 % в групі, що мали ВІЛ-позитивний статус та не отримували АРТ, тобто на 41,0 % ($p < 0,05$). Розвиток туберкульоз-асоційованого синдрому відновлення імунної системи (СВІС) реєструвався у 54,8 % хворих. У 94,1 % пацієнтів, в яких виник СВІС, вміст CD4+-лімфоцитів в крові не перевищував 51 кл/мл. СВІС виникав частіше у пацієнтів, які до початку АРТ прийняли менше 30 доз ПТП: 71,4 % осіб проти 46,7 %, $p < 0,05$. Різниця за цифрами госпітальної летальності у відсотках між групами ВІЛ-інфікованих хворих на ТМ, що отримали більше і менше 30 доз ПТП, встановлено не було, але летальність у випадках на 100 пацієнто-років була достовірно вищою серед осіб з коротшим терміном лікування: 36,3 проти 9,2, $p < 0,05$.

Висновки

Таким чином, тяжкий імунodefіцит є фактором ризику розвитку ТМ. ТМ у ВІЛ-інфікованих практично завжди перебігає на тлі туберкульозу легень, а також часто супроводжується залученням до процесу інших внутрішніх органів, особливо ВГЛВ, плеври. Частота супутніх позалегенових локалізацій туберкульозу збільшується при зниженні рівня CD4+-лімфоцитів в крові. Клінічні особливості перебігу ТМ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів залежать від ступеня імуносупресії. Атиповий перебіг реєструється при зниженні CD4+-лімфоцитів в крові нижче 100 кл/мл. Приєднання АРТ до протитуберкульозного лікування призводить до зниження госпітальної летальності на 41,0 %. Частота виникнення СВІС при приєднанні АРТ досягає 54,8 %. Ризик виникнення СВІС та летального наслідку збільшується при отриманні менше 30 доз ПТП.