

І. В. Ліскіна, С. Д. Кузовкова, Л. М. Загаба
Етіологія інфекційної патології у ВІЛ-інфікованих хворих
фтизіопульмонологічного профілю зі стаціонарним лікуванням
(за даними високоспеціалізованого медичного закладу)

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

ВІЛ-інфекція на теперішній час є глобальною медико-соціальною проблемою в усьому світі. Епідеміологічний аналіз захворюваності на ВІЛ-інфекцію демонструє неухильне щорічне зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні за останні десятиріччя. Паралельно збільшується кількість хворих на СНІД та смертність, хоча й темпи приросту щорічно уповільнюються. Подібні тенденції спостерігаються і в інших країнах Східної Європи.

Відомо, що із прогресуванням імунodefіциту у ВІЛ-інфікованих пацієнтів спостерігається розвиток опортуністичних хвороб різної етіології та локалізації. При цьому групу захворювань системи органів дихання складають вкрай різноманітні за походженням та за клінічними проявами патологічні процеси, які у більшості випадків і є безпосередньою причиною смерті таких осіб. Етіологічними чинниками опортуністичних інфекцій можуть бути бактерії, у тому числі мікобактерії, гриби, віруси та паразити. При ВІЛ-інфекції також повідомляють про підвищену частоту інтерстиційних пневмонітів, обструктивних захворювань легень та легеневої гіпертензії. За даними інформаційного бюлетеня «ВІЛ-інфекція в Україні» найпоширенішим СНІД-індикаторним захворюванням в Україні залишається туберкульоз, який виявлено в 5745 (62,5 %) випадках з 9189 нових випадків СНІДу (2014 р.). Дещо рідше діагностують бактеріальні пневмонії, 11-21 %. Пневмоцистна, цитомегаловірусна та пневмонії іншої етіології зустрічаються значно рідше, до 7,1%.

У випадках наявності декількох вторинних інфекцій при формулюванні гістологічного або патолого-анатомічного діагнозу перевага надається найбільш поширеному процесу, з урахуванням ознак гострого прогресування однієї з інфекцій. Генералізовані процеси в таких ситуаціях звичайно мають перевагу перед локальними змінами. Коли неможливо надати перевагу якійсь одній із вторинних інфекцій, то їх розглядають як рівноцінні і відповідно формулюється діагноз.

Мета роботи — проаналізувати етіологічну структуру інфекційної патології органів грудної порожнини ВІЛ-інфікованих хворих фтизіопульмонологічного профілю із стаціонарним лікуванням з урахуванням гістологічної діагностики.

Матеріал і методи

Дослідження охоплювало усіх хворих, які були проліковані у високоспеціалізованому стаціонарі фтизіопульмонологічного профілю впродовж 2016–2017 рр.

Серед усіх пацієнтів стаціонару за даними статистичних талонів, історій хвороб та електронної бази даних ЕМСІМЕД була створена вибірка ВІЛ-інфікованих осіб, визначені вторинні інфекції системи органів дихання та здійснений аналіз збігів та розходжень попереднього та заключного клінічних діагнозів з урахуванням результатів патогістологічного висновку.

Результати

За 2016–2017 рр. загалом у клініці інституту було проліковано 12090 хворих фтизіопульмонологічного профілю, з яких 161 були ВІЛ-інфіковані, що склало 1,3 % від загальної кількості пролікованих осіб. Середній вік ВІЛ-інфікованих пацієнтів складав у 2016 році ($37,7 \pm 1,1$) років та ($39,0 \pm 1,6$) років у 2017 році. Хірургічне лікування отримали 90 пацієнтів, що склало 55,9 % від загальної кількості ВІЛ-інфікованих. Серед хворих, які отримали хірургічне лікування, гістологічну верифікацію діагнозу потребували 70 осіб, що становило 43,4 % від усіх ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Етіологічна структура ко-інфекції хворих з переважним ураженням легень та з гістологічною верифікацією була наступна: 35 осіб мали туберкульозне ураження (50,0 %), в 3-х випадках ураження легень мало грибову етіологію. Серед випадків туберкульозного ураження легень переважав дисемінований туберкульоз — 15 випадків (42,8 %), на другому місці за частотою був інфільтративний туберкульоз — 13 випадків (37,1 %), в 4-х випадках встановлено вогнищеву форму (11,4 %), в 2-х — туберкульозомі (5,7 %), і в 1 випадку — міліарний туберкульоз (2,8 %).

Ізольоване ураження плеври з розвитком ексудативного плевриту було визначено у 21 (30,0 %) випадку, причому туберкульоз плеври встановлено у 12 пацієнтів (57,1 %), у 8 випадках запалення плеври було викликане неспецифічною бактеріальною інфекцією (38,1 %) та в 1 випадку мав місце метастатичний плеврит.

Ізольоване захворювання периферичних лімфатичних вузлів діагностовано в 12 (17,1 %) випадках, серед них — туберкульоз лімфовузлів діагностовано в 3-х, (25,0 %) випадках, неспецифічний лімфаденіт — у 6 (50,0 %) випадках, первинні пухлинні процеси лімфоїдної тканини — 2 випадки (16,6 %) та в 1 (8,3 %) випадку діагностовано лімфопроліферативний процес.

Таким чином можна зробити висновок, що з 70 хворих, які лікувалися у відділеннях хірургічного профілю і потребували гістологічної верифікації діагнозу у 50 (71,4 %) випадків встановлений діагноз ко-інфекції ВІЛ-туберкульоз. Це стосується як туберкульозу легень, так і ізольованих уражень плеври та лімфовузлів. Можна відмітити, що в переважній кількості випадків серед

Таблиця 1

Характеристика частоти виявлення та результатів гістологічної діагностики вторинної інфекції серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів стаціонару фтизіопульмонологічного профілю, абс. (%)

Показник	Рік		Всього
	2016	2017	
Стаціонарні пацієнти, загалом	6716	5374	12090
Хворі з ВІЛ інфекцією	95 (1,4 %)	66 (1,2 %)	161 (1,3 %)
Хворі хірургічного профілю	42 (44,2 %)	48 (72,7 %)	90 (55,9 %)
Випадки з гістологічним дослідженням	30 (31,6 %)	40 (60,6 %)	70 (43,4 %)
Хвороби органів грудної порожнини			
Туберкульоз легень	18 (60,0 %)	17 (42,5 %)	35 (50,0 %)
Плеврити різного генезу	7 (23,3 ± 7,7 %)	14 (35,0 %)	21 (30,0 %)
Захворювання лімфатичних вузлів	3 (10,0 %)	9 (22,5 %)	12 (17,1 %)

ВІЛ-інфікованих хворих саме ураження легень мало туберкульозну природу, тоді як серед етіологічних чинників уражень плеври та лімфовузлів переважали випадки з неспецифічним характером запального процесу (табл. 1).

Проведено також співставлення попереднього і заключного клінічних діагнозів у 70 ВІЛ-інфікованих хворих, які отримали хірургічне лікування та гістологічну верифікацію діагнозу вторинного захворювання (табл. 2).

Повний збіг попереднього клінічного діагнозу і заключного, який враховував результати гістологічного дослідження уражених тканин, встановлено в 38,5 % випадків. Найбільшу частку (52,8 %) склали випадки, коли гістологічне дослідження біопсійного матеріалу сприяло уточненню клінічного діагнозу. Ймовірно, це пов'язано з тим, що перебіг ко-інфекції ВІЛ-туберкульоз має різний характер активності чи розповсюдженості процесу, що призводить до необхідності індивідуальної

Таблиця 2

Аналіз збігів та розходжень клінічного та патогістологічного діагнозів

Показник	2016	2017	Всього
Збіг діагнозів	11	16	27 (38,5 %)
Уточнення клінічного діагнозу	15	22	37 (52,8 %)
Розходження діагнозів	3	1	4 (5,7 %)
Неінформативна гістологічна діагностика	1	1	2 (2,8 %)
Усього хворих з гістологічною верифікацією діагнозу	30	40	70

корекції тактики лікування, яку доцільно проводити, враховуючи результати гістологічного дослідження. Розходження попереднього клінічного діагнозу з висновком гістологічного дослідження мало місце у 5,7 % випадків. Ще в 2-х випадках біопсійний матеріал був мало інформативним для гістологічного висновку щодо етіології процесу.

Висновки

Серед когорти ВІЛ-позитивних пацієнтів фтизіопульмонологічного профілю високоспеціалізованого стаціонару більше половини хворих потребують хірургічного лікування, причому більшість із них — і додаткової гістологічної верифікації діагнозу.

У більшості пацієнтів з ВІЛ-інфекцією та легеневою патологією має місце саме туберкульозне ураження, причому переважають дисемінована та інфільтративна форми туберкульозу.

Серед випадків ізольованого ураження плеври та лімфатичних вузлів за етіологічною причиною переважають неспецифічні запальні процеси.

Гістологічне дослідження біологічного матеріалу органів грудної порожнини від ВІЛ-інфікованих пацієнтів у більшості випадків (52,8 %) дозволяє уточнити заключний клінічний діагноз.