

В.П. Свистунова, Е.Г. Метелева, О.Л. Карпенко, Н.П. Авдошина

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

Дальневосточный государственный медицинский университет; ГУЗ "Противотуберкулезный диспансер", г. Хабаровск



Туберкулез и ВИЧ-инфекция — два социально значимых заболевания, которые приобретают в современных условиях все более трагическое значение. Быстрое распространение ВИЧ-инфекции и туберкулеза, связанного с ВИЧ (ТБ/ВИЧ), показывает целесообразность рассматривать сочетание этих заболеваний в двух аспектах: как манифестное заболевание при ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфекция, присоединившаяся к уже существующему туберкулезу легких, что имеет свои клинические особенности.

Туберкулез у ВИЧ-инфицированных может развиваться как в результате первичного инфицирования микобактериями туберкулеза (МБТ), так и реактивации эндогенной инфекции, но в обоих случаях он имеет черты первичного туберкулеза в виде поражение лимфатических узлов средостения, гематогенной генерализации. Но, в отличие от первичного периода, у больных часто обнаруживаются множественные полости в легких и массивное бактериовыделение. Присоединение же ВИЧ-инфекции у больного туберкулезом, как правило, вызывает прогрессирование формы туберкулеза, которая уже была у больного. Нередко у больных СПИДом при туберкулезе легких поражаются прикорневые зоны, а не верхние отделы, формируются внелегочные локализации: сердце, центральная нервная система, костный мозг, кости, почки и т.д.

На протяжении последних 10 лет под нашим наблюдением, обследованием и лечением находилось 78 больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, при этом в период с 1995 по 1999 г. ТБ/ВИЧ был диагностирован всего у 4 больных, последующие два года у 21 больного, с 2003 по 2005 г. — уже у 53 чел. Такое резкое увеличение числа больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией соответствует общероссийским тенденциям и требует серьезных реорганизационных мероприятий в противотуберкулезной службе.

У всех наблюдавшихся нами больных диагноз туберкулеза легких устанавливался на основании клинических, рентгенологических, лабораторных, микробиологических, патоморфологических и других данных, диагноз ВИЧ-инфекции подтверждался СПИД-центром по результатам обнаружения антител к ВИЧ, иммуноферментного блотинга и по клиническим проявлениям.

Из проанализированных нами историй болезни туберкулез легких был выявлен до ВИЧ-инфекции у 51,7% больных, одновременное выявление зарегистрировано у 38,2%, туберкулез присоединился к течению ВИЧ-инфекции у 10,1% больных. Исследование показало, что подавляющее большинство больных было

представлено 54 мужчинами (69,2%) и 24 женщинами (30,8%). Обращает на себя внимание высокий удельный вес заболевших двойной инфекцией в возрасте от 31 года до 40 лет (36,8%), также более одной трети составили больные молодого возраста до 30 лет (39,6%), каждый третий из них не достиг 20 лет ( $p < 0,05$ ). Следовательно, эти мужчины молодого возраста являются группой наиболее высокого риска заболевания двойной инфекцией.

Предшествующий контакт с большим туберкулезом отмечали 26,9% пациентов. Социальная характеристика больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией весьма разнообразна (таблица).

Следует отметить, что среди работающих большинство больных имеют рабочие специальности — 25 чел. (80,6%) и всего 2 коммерсанта.

В местах лишения свободы находился 31 больной (39,9%), из них 25 мужчин и 6 женщин. Алкоголизмом страдали 28,2% больных, курение отмечали 37,2% пациентов, причем и алкоголизм, и курение регистрировались в 4 раза чаще у мужчин, чем у женщин ( $p < 0,05$ ). Наркоманию признавали 42,3% мужчин и 9,7% женщин, из них внутривенно наркотики употребляли 33,5% больных. Наркомания в основном зарегистрирована как опийная и эфедриновая (69,1%), длительность использования наркотиков — в среднем 2-4 года. Как отягчающий фактор — перенесенный вирусный гепатит был отмечен у 56,1% больных, гепатит С — у 20 чел. (15 мужчин и 5 женщин — 25,6%). Усугубляли течение заболевания и сопутствующие венерические болезни: сифилис (19 мужчин и 7 женщин), гонорея (3 мужчин и 7 женщин). Также отрицательно влияли на прогноз и лечение туберкулеза и другие неспецифические заболевания: пневмония, бронхиты (19 чел.), язвенная болезнь желудка (4 чел.), пиелонефрит (9 чел.), сахарный диабет (4 чел.), энцефалопатия (11 чел.), грибковые поражение кожи (7 больных), пиодермия (10 больных), псориаз (3 чел.) и т.п.

Активные туберкулезные изменения или их прогрессирование были выявлены более чем у двух третей больных (66,6%) при их обращении к врачу с жалобами на выраженную слабость (52 чел.), недомогание (46 чел.), боли в грудной клетке (39 чел.), кашель (усиление) с мокротой (49 чел.), кровохарканье (33 чел.), потерю веса отмечали 68 пациентов.

Анализ форм туберкулеза на момент регистрации больных с двойной инфекцией показал, что в их структуре преобладал инфильтративный туберкулез легких (41 больной — 52,6%) с фазой распада в 87,8%

**Социальная характеристика больных  
туберкулезом и ВИЧ-инфекцией**

Социальный статус	Всего больных		Мужчины		Женщины	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Неработающий	18	23,0	9	11,5	9	11,5
Работающий	31	39,9	24	30,9	7	9,0
Инвалид	14	17,9	10	12,8	4	5,1
Бомж	14	17,9	11	14,1	3	3,8
Пенсионер	1	1,2	-	-	1	1,2

случаев и объемом поражения более пяти сегментов (73,2%). Диссеминированный туберкулез легких гематогенного генеза был выявлен у 15 больных (19,2%), с фазой распада у 11 больных (73,3%), фиброзно-кавернозный туберкулез легких диагностирован у 10 больных (12,8%), с двусторонней локализацией — у 7 больных, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, осложненный плевритом, отмечался у 7 больных (9,0%), очаговый — у 5 чел. (6,4%). Рентгенологическая картина туберкулеза легких свидетельствовала о преимущественном поражении верхних долей или всего легкого (84,2%).

Бактериовыделение среди больных ТБ/ВИЧ-инфекцией зарегистрировано у 59 чел. (75,6%). При бактериологическом исследовании мокроты лекарственно-устойчивые штаммы микобактерий обнаружены у 27 чел. (43,7%), из них у 9,1% пациентов — к трем и более препаратам: изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, канамицину и т.д.

Лечение больных проводилось комплексное, противотуберкулезные препараты сочетались с препаратами, применяемыми при ВИЧ-инфекции, сроки лечения 6-12 мес., режим проведения терапии как стационарный, так и амбулаторный. Нарушение режима химиотерапии отмечено у 39,8% больных. Побочные эффекты преимущественно токсико-аллергического характера в результате применения противотуберкулезных препаратов были зарегистрированы у 62,7% больных.

Несмотря на дефекты лечения, 14 больных (17,9%) с положительной динамикой были переведены в неактивную группу учета, сняты с учета 13 чел. (16,6%),

прервали наблюдение 9 чел. (11,5%), умерших при прогрессировании основных заболеваний было 29 чел. (37,2%).

Следует отметить, что в терминальной стадии отмечалось присоединение других инфекций и заболеваний, таких как кандидоз, герпес микоплазмы, шигеллез, аспергиллез, себорейный и угревой дерматиты, пиодермия, микоз стоп, онхимоз, звездчатые гемангиомы, бляшечный псориаз, нейродермит, вульгарные бородавки, а также развивался цирроз печени, анасарка, астенодепрессивный синдром, кахексия.

### Заключение

При анализе состояния контингента больных с двойной инфекцией ТБ/ВИЧ выявлено, что идет быстрое, неуклонное увеличение числа данной категории пациентов. Чаще всего двойная инфекция встречается среди молодых мужчин в возрасте до 30 лет, характеризуется большими распространенными процессами, нередко сопровождается наркоманией.

Сопутствующие заболевания являются серьезным препятствием для проведения полноценной противотуберкулезной терапии, характерной для интенсивной фазы лечения. Плохая переносимость противотуберкулезных препаратов, прерывистость их применения способствуют тому, что больные с сочетанной инфекцией являются также группой риска по формированию мультирезистентного туберкулеза, негативно влияющего на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Хабаровском крае.

ВИЧ-инфицированные больные и пациенты с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ даже в стадии клинико-рентгенологической ремиссии нуждаются в проведении среди них полномасштабных мероприятий как вторичной, так и третичной профилактики туберкулеза.

### Л и т е р а т у р а

1. Аухтин О.И., Голованов В.С. и др. // Проблемы туберкулеза. 2002. №11. С. 21-23.
2. Ерохин В.В., Корнеева З.Х., Алексеева Л.П. // Проблемы туберкулеза. 2005. №10. С. 20-25.
3. Метелева Е.Т., Лупаенко И.Я., Кораблев В.П. и др. // Дальневосточный медицинский журнал. 2003. №2. С. 79-80.
4. Щелканова А.И., Кравченко А.В. // Терапевтический архив. 2004. №4. С. 31-33.

