

Рентгенологическая картина инфильтративного и диссеминированного туберкулеза легких у больных ВИЧ-инфекцией

Шовкун Л.А., Романцева Н.Э., Константинова А.В., Камнос Е.Д., Володько Н.А., Тахтамышев С.Р.

X-ray pattern of infiltrative and disseminate pulmonary tuberculosis in HIV patients

Shovkun L.A., Romantseva N.E., Konstantinova A.V., Kampos Ye.D., Volod'ko N.A., Takhtamyshv S.R.

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

© Шовкун Л.А., Романцева Н.Э., Константинова А.В. и др.

В странах Европейского региона ежегодно регистрируют около 500 тыс. новых случаев туберкулеза и более 70 тыс. связанных с ним смертей. По данным ВОЗ, наиболее серьезными проблемами общественного здравоохранения на сегодняшний день являются туберкулез и ВИЧ-инфекция. ВИЧ-инфекция является мощным фактором, способствующим развитию активной формы туберкулеза у носителей латентной туберкулезной инфекции путем эндогенной реактивации или экзогенного реинфицирования. Развитие туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией на фоне выраженной иммуносупрессии приводит к атипичным морфологическим, клиническим и рентгенологическим проявлениям сочетанной патологии и затрудняет диагностику туберкулеза. Это делает актуальной проблему изучения особенностей рентгенологических проявлений туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования — выявить особенности рентгенологических изменений у больных туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Исследование охватывает период с 1997 по 2011 г., были обследованы 660 пациентов с ВИЧ-инфекцией на разных стадиях заболевания. Рентгенологическими методами, применяемыми для диаг-

ностики и дифференциальной диагностики туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией, были обзорная полипозиционная рентгенография, линейная томография, спиральная компьютерная томография.

Среди 660 обследованных пациентов было 457 (69,2%) лиц мужского и 203 (30,8%) женского пола в возрасте от 4 до 65 лет. Максимальная заболеваемость коинфекцией отмечена в возрастной группе 35 лет — 44 года. Преимущественно это городские жители (80,8%), большая часть их не работают (69,9%), у 366 (55,5%) пациентов установлен контакт с больными туберкулезом, в том числе у 178 (26,9%) человек в учреждениях УФСИН. Инфицирование ВИЧ у 267 (40,5%) пациентов наступило при внутривенном введении наркотиков. Из общего числа больных сочетанной патологией 146 (22,1%) пациентов находились на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, 455 (68,9%) пациентов — на поздних стадиях, 59 пациентов не прошли обследование (стадия не установлена). У 35 (5,3%) пациентов был выявлен рецидив туберкулеза (6 человек — ранний, 29 человек — поздний), в остальных случаях туберкулез легких был впервые выявлен. В 91,9% случаев туберкулез выявлен лучевыми методами, 6,8% случаев заболевания были выявлены при бактериоскопическом исследовании

мазка мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) и в 1% случаев диагноз был установлен при гистологическом исследовании биопсийного материала.

При исследовании структуры клинических форм туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, установлено, что наиболее часто выявляли инфильтративный туберкулез, его удельный вес составил 51,9% (343 человека), диссеминированный туберкулез был выявлен в 26,8% случаев (177 человек), остальные формы суммарно составили 21,3% (140 человек).

Учитывая, что в Ростовской области у больных ВИЧ-инфекцией значительно чаще встречается инфильтративный и диссеминированный туберкулез, дальнейшие исследования проводили у больных этих групп. Установлено, что из 343 пациентов с инфильтративным туберкулезом у 196 (57,1%) пациентов имели место распространенные туберкулезные инфильтраты, среди которых наиболее часто наблюдался облаковидный инфильтрат (139 человек — 40,5%). Это можно объяснить преимущественно экссудативным типом течения воспаления и нарушением формирования гранулем в условиях недостаточности протективного иммунитета у больных ВИЧ-инфекцией. Низкий удельный вес перисциссуритов (33 человека, 9,6%) и лобитов (24 человека, 7,0%), вероятно, связан с относительно регулярными обследованиями этого контингента больных. Ограниченные инфильтративные изменения были установлены у 147 (42,9%) пациентов, в том числе бронхолобулярный и округлый инфильтраты были выявлены у 69 (20,1%) и 78 (22,7%) пациентов соответственно. Инфильтративные изменения преимущественно локализовались в верхних долях легких (212 человек, 61,8%), нижнедолевую локализацию наблюдали у 131 (38,2%) пациента. По своему характеру все инфильтраты имели неоднородную, очаговую структуру, размытые, нечеткие контуры и очаги диссеминации в окружающей легочной ткани.

Деструктивные изменения легочной ткани были выявлены у 306 (89,2%) пациентов, наблюдали преимущественно полости среднего размера 2—4 см, единичные и множественные, а также мелкие деструкции легочной ткани.

Диссеминированный туберкулез легких был выявлен у 177 пациентов. Основной особенностью легочной диссеминации у больных ВИЧ-инфекцией была ее преимущественная локализация в средних и нижних отделах легких при одновременном одно- или двустороннем увеличении внутригрудных лимфатических узлов, что было выявлено у 120 (67,8%) пациентов. У всех этих пациентов туберкулез легких развился на фоне ВИЧ-инфекции, тогда как у 57 (32,2%) больных, которые болели туберкулезом еще до инфицирования ВИЧ, наблюдали типичную локализацию очагов диссеминации в апикальных отделах и дальнейшее их распространение в каудальном направлении. Очаги диссеминации у всех пациентов были мелких (1—2 мм) и средних (2—4 мм) размеров, низкой плотности и без четких контуров, иногда сливного характера. Изменения со стороны корней легких характеризовались умеренным увеличением размеров и изменением формы за счет увеличенных лимфоузлов бронхопьюмональной группы, нечеткими контурами и структурой, усилением прикорневого рисунка за счет периваскулярной и перибронхиальной инфильтрации. Диссеминация в средних и нижних отделах легких в сочетании с увеличением бронхопьюмональных лимфоузлов свидетельствует о преимущественно лимфогенном пути распространения микобактерий у пациентов, у которых туберкулез развился как вторичная инфекция на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Деструктивные изменения в легких были зафиксированы у 115 (64,9%) пациентов. Из их числа у 58 (50,3%) человек это были мелкие деструкции в очагах среднего размера, а у 57 пациентов, страдающих туберкулезом до заболевания ВИЧ-инфекцией, полости имели средние размеры, сформированную фиброзную стенку и локализовались в верхних долях легких. Кроме того, у этой части пациентов были отмечены признаки хронизации туберкулезного процесса — диффузный пневмосклероз, фиброз в апикальных отделах, деформация имеющихся каверн, подчеркнутость легочного рисунка, повышение воздушности в нижних, менее пораженных отделах легких.

В процессе противотуберкулезной терапии у 44 (24,9%) пациентов наблюдали быструю положительную динамику, в течение 2—4 мес наступало рассасывание инфильтрации и очагов диссеминации, закрытие деструкций легочной ткани. У части пациентов (65 человек, 36,7%) туберкулезный процесс приобретал затяжное, хроническое течение, а в 38,4% (68 человек) случаев отмечали быстрое прогрессирование с летальным исходом.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в Ростовской области у больных ВИЧ-инфекцией в 51,9% случаев развивается инфильтративный туберкулез легких, который характеризуется формированием лобулярных, округлых и облако-видных инфильтратов, локализующихся в 61,8%

случаев в верхних долях, с полостями распада среднего размера у 89,2% пациентов. Диссеминированный туберкулез легких выявлен у 26,8% больных. Рентгенологическая картина легочной диссеминации отличается у больных туберкулезом как вторичным заболеванием ВИЧ-инфекции и у больных, у которых туберкулез развился до инфицирования ВИЧ. В первом случае характерно вовлечение в процесс внутригрудных лимфоузлов с лимфогенным распространением инфекции и формированием диссеминации в средненижних отделах легких, что затрудняет диагностику и дифференциальную диагностику. Во втором — рентгенологическая картина не имеет отличий от картины легочной диссеминации у больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции.

Поступила в редакцию 24.05.2012 г.

Утверждена к печати 27.06.2012 г.

Для корреспонденции

Романцева Н.Э., e-mail: NRomanceva@yandex.ru или romancevarambleru1@rambler.ru

Достижения современной лучевой диагностики в клинической практике, г. Томск, 27—28 сентября 2012 г.