

Информация об авторах: 664079, Иркутск, Юбилейный, 100, ИГИУВ, тел. (3952) 46-40-44, e-mail: zdravirk@mail.ru
 Кицул Игорь Сергеевич — д.м.н., проф., профессор,
 Пивень Дмитрий Валентинович — д.м.н., проф., заведующий кафедрой,
 Даценко Светлана Олеговна — ген.директор ООО «Бьюти Лайн»,
 Семикозов Олег Витальевич — ведущий специалист

© ГАВРИЛЕНКО В.В., КОЧКИН А.В., ФИЛИПОВА Т.П., НОВИЦКАЯ О.Н., ЗАХАРОВА В.А. — 2011
 УДК 616-002.5:[616.98:578.828НIV]-039.8

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Виктория Владимировна Гавриленко¹, Александр Викторович Кочкин², Татьяна Павловна Филиппова¹,
 Ольга Николаевна Новицкая³, Валентина Александровна Захарова³

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра фтизиопульмонологии, зав. — д.м.н. Т.П. Филиппова; ²Иркутский институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития РФ, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, центральная научно-исследовательская лаборатория, зав. — к.м.н., доц. А.В. Стародубцев; ГУЗ «Иркутский областной противотуберкулёзный диспансер», гл. врач — М.Е. Кошечев)

Резюме. Проведен ретроспективный анализ данных анамнеза, клинико-лабораторных, рентгенологических и бактериологических проявлений заболевания у 472 больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом органов дыхания, находившихся на стационарном лечении в Иркутском областном противотуберкулёзном диспансере в 2002-2009 гг. Исследование показало, что факторами, предрасполагающими к летальному исходу больных этой группы, являются обширные легочные процессы, лекарственная устойчивость возбудителя к наиболее эффективным противотуберкулёзным препаратам, тяжёлая структура осложнений туберкулеза и сопутствующих заболеваний, что обусловлено более выраженным иммунодефицитом на фоне значительного стажа ВИЧ-инфицирования.

Ключевые слова: туберкулез легких, ВИЧ-инфекция, диагностика.

THE FACTORS INFLUENCING UPON LETHALITY IN THE PATIENTS WITH HIV- ASSOCIATED RESPIRATORY TUBERCULOSIS

V.V. Gavrilenko¹, A.V. Kotchkin², T.P. Filippova¹, O.N. Novitskaya³, V.A. Zakharova³

(¹Irkutsk State Medical University, ²Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Irkutsk Regional Antituberculous Dispensary)

Summary. There was performed a retrospective analysis of medical history data, of clinical-laboratory, X-ray and bacteriological presentations of diseases in 472 patients with HIV-associated respiratory system TB, who have been receiving hospital treatment in the Irkutsk Regional Anti-TB Dispensary during 2002-2009.

The study showed that the factors predisposing lethal outcome of patients in this group are extensive processes in lungs, medicinal resistance of causative agent to the most effective anti-TB drugs, a more severe structure of TB and accompanying diseases, that is conditioned by more expressed immunodeficiency on the background of duration of HIV-infection.

Key words: pulmonary tuberculosis, HIV-infection, diagnostics.

ВИЧ-ассоциированный туберкулёз лёгких — одна из наиболее актуальных проблем современной фтизиатрии. В Российской Федерации, где распространение вируса иммунодефицита человека происходит на фоне колоссального резервуара туберкулёзной инфекции, актуальность этой проблемы многократно возрастает [1, 3, 4]. Развитие туберкулёза в сочетании с ВИЧ-инфекцией обуславливает высокую частоту летальных исходов среди пациентов этой группы, однако факторы, способствующие смерти больных, остаются малоизученными [2, 5].

Цель работы: изучение факторов, определяющих неблагоприятное течение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза легких у впервые выявленных больных.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ историй болезни 472 впервые выявленных больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом органов дыхания, находившихся на стационарном лечении в Иркутском областном противотуберкулёзном диспансере (ИОПТД) в 2002-2009 гг. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом, соблюдались требования российского законодательства по сохранению персональных данных пациентов.

В зависимости от результатов терапии, все больные были разделены на 2 группы. Основную (1 группу) составили 362 пациента, выписанные из стационара с улучшением состояния, группа сравнения (2 группа) была сформирована из 110 больных, умерших в период

стационарного лечения. Группы были сопоставимыми по возрастно-половому составу: в обеих группах преобладали лица мужского пола (70,7% и 72,7%, соответственно $p>0,05$), молодого возраста ($30,4\pm 0,6$ и $32,4\pm 1,6$ лет, соответственно $p>0,05$), городские жители (82% и 79,1%, соответственно $p>0,05$).

На обследование отбирались все пролеченные в стационаре больные с туберкулёзом лёгких в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Во всех наблюдениях туберкулёз развивался на фоне диагностированной ранее ВИЧ-инфекции.

Оценивались анамнестические данные, а также ре-

Таблица 1

Клинические формы туберкулёза, наличие распада лёгочной ткани и бактериовыделения у больных 1 и 2 групп

Характеристика	1 группа		2 группа		p
	n	%	n	%	
Инфильтративный	182	50,4	45	41,0	$p<0,05$
Диссеминированный	76	21,0	27	24,5	$p>0,05$
Очаговый	18	5,0	4	3,6	$p>0,05$
Милиарный	20	5,5	4	3,6	$p>0,05$
Туберкулема	7	1,9	1	0,9	$p>0,05$
Плеврит	33	9,0	4	3,6	$p<0,05$
Фиброзно-кавернозный	23	6,4	18	16,4	$p<0,05$
Казеозная пневмония	3	0,8	7	6,4	$p<0,05$
Распад	163	45,0	62	56,4	$p<0,05$
Бактериовыделение	186	51,4	66	60,0	$p>0,05$



Рис. 1. Структура осложнений туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом лёгких

зультаты клинического, рентгенологического, лабораторного и бактериологического методов обследования больных.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета прикладных программ «STATICA 6.0» и включала расчет средних значений, средне-квадратичного отклонения, ошибки средних абсолютных и относительных величин показателей, проверку распределения на нормальность, оценку значимости различий показателей по t-критерию Стьюдента, z-критерию. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Исследование показало, что длительность туберкулезного процесса до выявления больных в обеих группах была примерно одинаковой и составила $2,7 \pm 0,3$ и $2,4 \pm 0,5$ мес., соответственно ($p>0,05$). Группы не различались и по числу больных, получавших антиретровирусную терапию (14,6% и 10,0% больных, соответственно $p>0,05$).

Стаж ВИЧ-инфицирования был значительно меньшим в 1 группе, где данный показатель составил $2,7 \pm 0,3$ года (во 2 группе — $4,2 \pm 0,5$ года, $p<0,05$). Продолжительность стационарного лечения в 1 группе, наоборот, была более длительной ($87,5 \pm 5,84$ и $46,5 \pm 10,2$ койко-дней, соответственно $p<0,05$).

В обеих группах преобладали процессы с бактериовыделением, наиболее часто встречающимися формами заболевания были инфильтративный и диссеминированный туберкулез лёгких, но удельный вес таких тяжелых процессов как казеозная пневмония и фиброзно-кавернозный туберкулез легких был более значительным во 2 группе. У больных 2 группы чаще выявлялась и деструкция лёгочной ткани (табл. 1)

Группы существенно различались и по распространенности туберкулеза в лёгких: 2-сторонние процессы и тотальное поражение лёгких в 1 группе определялись в 50,6% и 47,5% случаев, а во 2 группе — у 72,7% ($p<0,05$) и 68,2% больных, соответственно ($p<0,05$).

Лекарственная устойчивость МБТ была выявлена, примерно, у четверти пациентов обеих групп (27,9%



Рис. 2. Структура сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом лёгких

и 24,6%, соответственно $p>0,05$). Вместе с тем, в 1-й группе у 60,4% больных определялась устойчивость к препарату средней силы действия этамбутолу (в группе — у 29,6% больных, $p<0,05$), в то время как во 2 группе у 77,8% и 70,4% больных, соответственно, выявлена устойчивость к таким сильным препаратам как изониазид (в 1 группе — у 66,3% больных, $p<0,05$) и рифампицин (в 1 группе — у 55,5% $p<0,05$).

Осложнения туберкулеза не только чаще диагностировались у больных 2 группы (34,0% и 58,2%, соответственно $p<0,05$), но и были в этой группе более тяжелыми (рис. 1).

Сопутствующая патология диагностировалась у половины пациентов обеих групп (48,6% и 51,8%, соответственно $p>0,05$), в подавляющем количестве случаев это было бытовое пьянство. Однако у больных с неблагоприятным исходом лечения многократно чаще встречались такие тяжелые виды сопутствующей патологии как цирроз печени и неспецифические пневмонии (рис. 2).

Исследуемые группы не различались по числу потребителей инъекционных наркотических веществ (65,2% и 63,6%, соответственно $p>0,05$) и распространенности вирусных гепатитов (45,0% и 53,6%, $p>0,05$).

В количестве $CD4^{+}$ -клеток также не было выявлено существенных различий ни при поступлении пациентов ($0,245 \pm 0,024$ и $0,412 \pm 0,245 \times 10^9/\text{л}$, $p>0,05$), ни через 2 месяца стационарного лечения ($0,192 \pm 0,021$ и $0,168 \pm 0,039 \times 10^9/\text{л}$, $p>0,05$), ни через 5-6 месяцев ($0,366 \pm 0,054$ и $0,261 \pm 0,072 \times 10^9/\text{л}$, $p>0,05$).

В лечении больных 1-й группы чаще использовался 1-й режим (43,7% и 25,5%, $p<0,05$), в лечении больных 2-й группы — индивидуальный режим противотуберкулезной химиотерапии (5,3% и 10,9%, $p<0,05$), применяемый для лечения пациентов с распространенными процессами и тяжелой сопутствующей патологией.

Таким образом, факторами, предрасполагающими к летальному исходу ВИЧ-инфицированных больных с туберкулезом легких, являются: наличие обширных легочных процессов с деструкцией лёгочной ткани, лекарственная устойчивость возбудителя к наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам, более тяжелая структура осложнений туберкулеза и сопутствующих заболеваний, что может быть обусловлено большим стажем ВИЧ-инфицирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаева И.Ю., Демикова О.В., Кравченко А.В. Проблемы диагностики и лечения диссеминированного туберкулеза лёгких у больных ВИЧ-инфекцией // Туберкулез и болезни лёгких. — 2010. — №8. — С.57-61.
2. Зайцева Е.В., Владимиров К.Б., Иванов А.К. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в пенитенциарной системе Санкт-Петербурга и Ленинградской области // Туберкулез и болезни лёгких. — 2010. — №9. — С.25-28.
3. Зимина В.Н., Васильева И.А., Батыров Ф.А., Яровая Ж.Ю. Особенности течения и эффективность лечения больных ту-

беркулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции // Туберкулез и болезни лёгких. — 2010. — №3. — С.23-27.

- 4. Скачкова Е.И., Шестаков М.Г., Темирджанова С.Ю. Динамика и социально-демографическая структура туберкулеза в Российской Федерации, его зависимость от уровня жизни // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. — 2009. — №7. — С.4-8.
- 5. Шарифулина Н.Л., Аитов К.А., Яковенко О.Н. Разнообразие летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией в терминальной стадии заболевания в Иркутской области // Журнал инфекционной патологии. — 2010. — Т.17. — №1-2. — С.34-37.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1

Филиппова Татьяна Павловна — д.м.н., заведующая кафедрой, e-mail — filipova_03@bk.ru.

Гавриленко Виктория Владимировна — клинический ординатор, Кочкин Александр Викторович — доцент,

Новицкая Ольга Николаевна — заведующая отделением, Захарова Валентина Александровна — врач.