

ОСОБЕННОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И НИЗКИМ УРОВНЕМ CD4-КЛЕТОК (< 200 кл/мкл)

ЛАЗАРЕВА А. С.¹, ГАВРИЛОВ П. В.¹, РЕШЕТНЕВА Е. В.¹, МАЛАШЕНКОВ Е. А.², ЖУРАВЛЕВ В. Ю.¹, ЯБЛОНСКИЙ П. К.¹

SPECIFICS OF PULMONARY TUBERCULOSIS VERIFICATION IN HIV PATIENTS WITH CD4 LEVEL < 200 cells/mcl

LAZAREVA A. S.¹, GAVRILOV P. V.¹, RESHETNEVA E. V.¹, MALASHENKOV E. A.², ZHURAVLEV V. YU.¹, YABLONSKIY P. K.¹

¹ФГБУ «СПб НИИФ» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

²СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С. П. Боткина», г. Санкт-Петербург

¹St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, St. Petersburg, RF

²S. P. Botkin Clinical Infectious Diseases Hospital, St. Petersburg, RF

Диагностика туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией затруднена в связи с широким спектром легочной патологии со схожими рентгенологическими синдромами и прямой зависимостью рентгенологической картины от уровня иммуносупрессии. Отечественные и зарубежные авторы сходятся во мнении, что в большинстве случаев рентгенологические проявления туберкулезного поражения легких у пациентов с ВИЧ-инфекцией имеют нетипичную, неклассическую картину. Ряд исследований демонстрируют, что до 30% изменений в легких либо не регистрируются, либо имеет место лишь усиление легочного рисунка за счет субмиллиарной диссеминации. Вариабельность рентгенологических проявлений ВИЧ-ассоциированного туберкулеза легких коррелирует с разнообразием мнений относительно бактериовыделения. По мнению ряда исследователей, бактериовыделение при туберкулезе на поздних стадиях ВИЧ-инфекции обнаруживается редко и колеблется в пределах от 17,4 до 36,3%, что значительно затрудняет своевременную диагностику туберкулеза у данных пациентов.

Цель: изучить КТ-семиотику туберкулеза органов дыхания у ВИЧ-позитивных пациентов на фоне выраженной иммуносупрессии – CD4 < 200 кл/м (в соответствии с классификацией CDC, Атланта, США, 1993) и определить оптимальные методы диагностики туберкулеза пациентов с выраженной иммуносупрессией.

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 52 пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом легких с уровнем CD4 < 200 кл/мкл на момент выявления изменений в легких. Давность установления ВИЧ-инфекции к моменту выявления изменений в легких колебалась от 1 года до 13 лет. В исследование включены пациенты старше 18 лет. МСКТ органов грудной клетки выполняли до начала этиологического лечения или не позднее 14 дней после начала противотуберкулезной терапии; диагноз ВИЧ-инфекции верифицирован иммуноблотингом; число CD4-лимфоцитов определяли не более чем за 30 дней до и после проведения МСКТ-об-

следования. Компьютерную томографию проводили на томографе с многорядным детектором Aquilion-32 (Toshiba Medical Systems Corporation, Japan) на момент выявления патологических изменений в легких. Изучены результаты анализов мокроты и биоптатов периферических лимфатических узлов у данных пациентов.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что только у 4 (7,7%) пациентов диагноз туберкулеза был верифицирован с помощью микроскопии. В 33 (63,5%) случаях выявлена ДНК микобактерий туберкулеза при ПЦР-исследовании. Сомнений в достоверности метода ПЦР не возникло, так как в 100% случаев результаты были подтверждены путем посева на жидкую культуральную среду (Bactec MGIT 960). У 14 (26,92%) больных с помощью ПЦР выявлена множественная лекарственная устойчивость возбудителя.

У 14 (26,9%) пациентов диагноз был поставлен в результате комплексного исследования материала, полученного при биопсии периферических или внутригрудных лимфатических узлов.

Анализ данных компьютерной томографии показал, что в легочной ткани у пациентов с ВИЧ-инфекцией определялись как синдромы, типичные для туберкулеза легких (четко очерченные очаги; альвеолярная инфильтрация, полостные образования в легких, увеличение внутригрудных лимфатических узлов свыше 1 см; жидкость в плевральной полости), так и атипичные проявления (очаги по типу «матового стекла»; интерстициальная инфильтрация).

Очаговые изменения в виде четко очерченных очагов визуализировались у 36 (69%) пациентов, из них только у 8 отмечались ограниченные очаговые изменения. Такие типичные для классического туберкулеза проявления, как полости деструкции встречались только у 19 (36,5%) пациентов, из них в 13 (68%) случаях зафиксированы пиогенные зоны деструкции, у 2 (10,5%) – тонкостенные полостные образования, только в одном случае наблюдались типичные сформированные каверны. Достоверных связей между количеством, расположением

и распространенностью деструктивных изменений в зависимости от уровня иммуносупрессии не выявлено.

У 18 (34,6%) пациентов в картине преобладали интерстициальная инфильтрация, а у 4 (7,7%) пациентов визуализировались неочерченные очаговые изменения по типу «матового стекла». В 39 (75%) случаях зафиксировано вовлечение в специфический процесс внутригрудных лимфоузлов, преимущественно двухстороннее. У 50 (96,2%) отмечался выраженный полиморфизм изменений в виде сочетание нескольких скialogических симптомов в легких.

Заключение. Анализ данных МСКТ у пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом на фоне выраженной иммуносупрессии ($CD4 < 200$ кл/мкл) показал, что в легочной ткани определялись как

синдромы, типичные для туберкулеза легких (четко очерченные очаги; альвеолярная инфильтрация, полостные образования в легких, внутригрудная лимфаденопатия; плеврит), так и атипичные проявления (очаги по типу «матового стекла»; интерстициальная инфильтрация). Характерны выраженный полиморфизм изменений и высокая частота вовлечения в процесс внутригрудных лимфоузлов. Микроскопическое исследование мокроты малоэффективно в верификации туберкулеза у пациентов с низким иммунным статусом. У ВИЧ-позитивных пациентов с низким уровнем $CD4$ -лимфоцитов более целесообразно использовать в диагностике туберкулеза методы молекулярно-генетических технологий и биопсию периферических/внутригрудных лимфатических узлов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ САНАТОРИЯХ

ЛОЗОВСКАЯ М. Э.¹, ОСИПОВА М. А.¹, СУСЛОВА Г. А.¹, БЫКОВА А. И.², КАРАСЕВ Г. Г.²

LIFE QUALITY OF CHILDREN AS A TOOL FOR PLANNING AND EFFECTIVENESS EVALUATION OF REHABILITATION PROGRAMS IN TUBERCULOSIS SANATORIUM

LOZOVSKAYA M. E.¹, OSIPOVA M. A.¹, SUSLOVA G. A.¹, BYKOVA A. I.², KARASEV G. G.²

¹ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

²ФГБУ «Детский туберкулезный санаторий "Пушкинский"» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

¹St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, RF

²Pushkinsky Pediatric Tuberculosis Sanatorium, St. Petersburg, RF

Туберкулезный санаторий в современных условиях сохраняет позицию неотъемлемого звена в системе оказания противотуберкулезной помощи детям и подросткам. Однако возможности санаторного лечения используются не в полной мере, что уже привело к сокращению числа санаторных коек по всей стране. Хотя дети практически из всех групп диспансерного наблюдения нуждаются в санаторном этапе лечения и реабилитации, приверженность к нему является явно недостаточной. В связи с этим важно проводить планирование и оценку эффективности санаторных реабилитационных программ на основе адекватных методик.

Цель: апробация метода оценки качества жизни (КЖ) детей при планировании реабилитационных программ и оценки их эффективности в туберкулезных санаториях.

Материалы и методы. Использован сертифицированный детский опросник Pediatric Quality of Life Inventory (Peds QL), русская версия, блок для детей 13-18 лет, общий модуль. Опросник состоит из 23 вопросов, 6 шкал: физическое функционирование –

ФФ (8 вопросов), эмоциональное функционирование – ЭФ (5 вопросов), социальное функционирование – СФ (5 вопросов), жизнь в школе, или школьное функционирование ШФ (5 вопросов). Психосоциальное функционирование – ПСФ, оценивается по шкалам ЭФ и СФ, обобщенная оценка КЖ проводится по суммарной шкале (СШ). Количество баллов после кодирования рассчитывается по 100-балльной системе. Базой исследования был ФГБУ «Детский туберкулезный санаторий "Пушкинский"». Для общей предварительной оценки КЖ пациентов, поступающих в санаторий в 2014 г., было обследовано 150 детей 13-17 лет с различными проявлениями туберкулезной инфекции (имевших локальные формы туберкулеза и инфицированных микобактерией туберкулеза). С целью определения эффективности реабилитационных программ, руководствуясь международными стандартами исследования КЖ, анкетирование 35 респондентов было проведено дважды: первоначально – при поступлении в санаторий, повторно после курса санаторного лечения и реабилитации (срок 6 мес.).