

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

М. Д. САФАРЯН, Л. Т. НИКОЛЯН, Н. Г. АЗИЗЯН

CLINICAL PRESENTATION, DIAGNOSIS, AND TREATMENT IN PATIENTS WITH HIV INFECTION IN THE REPUBLIC OF ARMENIA

M. D. SAFARYAN, L. T. NIKOLAYAN, N. G. AZIZYAN

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци, г. Ереван, Армения

Среди обследуемых 298 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции большинство (86,2%) были мужчины в возрасте 25–44 лет. 65,7% пациентов – социальные мигранты. В клинической структуре туберкулеза часто встречались инфильтративный (25,8%) и диссеминированный (23,8%). Внелегочный туберкулез диагностирован в 15,4% случаев. В 20,1% наблюдений встречались генерализованные поражения, в том числе туберкулезный менингит – 12,5%. У 48,1% больных выявлена лекарственная устойчивость, преимущественно к изониазиду и рифампицину (59,6%). При снижении числа CD4-клеток ниже 200 в 1 мл крови у 69,9% встречались обширные поражения легких. Смерть наступала чаще при диссеминированном (37,7%), инфильтративном (18,8%) легочном туберкулезе; у трети больных причиной летального исхода был генерализованный процесс.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, лекарственная устойчивость, CD4-клетки.

Among 298 examinees with TB/HIV, there were most (86.2%) male patients aged 25-44 years. Social migrants were 65.7%. The infiltrative (25.8%) and disseminated (23.8%) forms of tuberculosis were common in its clinical structure. Extrapulmonary tuberculosis was diagnosed in 15.4% of cases. There were generalized lesions in 20.1%, including tuberculous meningitis (12.5%). 48.1% of the patients were found to be drug-unresponsive, mainly to isoniazid and rifampicin (59.6%). When CD4 counts were below 200 cells per μ l of blood, extensive lung injuries were seen in 69.9%. Death occurred more frequently in disseminated (37.7%) and infiltrative (18.8%) pulmonary tuberculosis; its generalized process was a cause of death in one third of the patients.

Key words: tuberculosis, HIV infection, drug resistance, CD4 cells.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире зарегистрировано более 34 млн больных ВИЧ-инфекцией [4, 6, 7, 9]. Наиболее частым СПИД-индикаторным заболеванием является туберкулез (ТБ). Прогнозируется, что высокая распространенность ТБ приведет в ближайшие несколько лет к стремительному увеличению числа больных ТБ и ВИЧ-инфекцией [3, 7-9]. Больные этой категории нуждаются как в своевременной диагностике и лечении, так и в длительном медицинском наблюдении.

В Армении начиная с 1988 г. ведется регистрация случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрировано 1 586 случаев ВИЧ-инфекции. Мужчины составили большую часть – 69,9%, 30 случаев коинфекции наблюдались среди детей. Большинство больных ВИЧ-инфекцией (54,7%) были в возрасте от 25 до 39 лет. Основной путь передачи инфекции (59%) – гетеросексуальный. Все инфицированные (31,4%) через внутривенные инъекции были мужчины. Большинство из них находились временно за пределами Армении, где и, возможно, были инфицированы. Максимальное число больных ВИЧ-инфекцией (62,9%) было из регионов республики.

В 2005 г. с коинфекцией (ТБ+ВИЧ-инфекция) было зарегистрировано всего 9 случаев, в настоящее время эта цифра достигла 298. Выраженная

тенденция к нарастанию числа пациентов с ТБ среди больных ВИЧ-инфекцией стала причиной более глубокого анализа ВИЧ-ассоциированного ТБ в Армении.

Цель исследования – изучение распространенности ВИЧ-ассоциированного ТБ и его взаимосвязи с различными факторами клинического и социального характера в современных эпидемиологических условиях.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели изучены истории болезней 298 больных с различными формами ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией, которые находились на лечении в Республиканском противотуберкулезном диспансере. У 242 (81,2%) больных ВИЧ-инфекцией ТБ был выявлен впервые в жизни, 49 (16,5%) поступали с рецидивами ТБ. Все больные подвергались комплексному клинико-рентгенолабораторному обследованию. Для оценки полученных клинико-лабораторных показателей, а также влияния социальных факторов была составлена карта – опросник из 32 пунктов. Все полученные данные были сгруппированы и стандартизированы в виде признаков и их отдельных категорий.

Результаты и обсуждение

Проведен анализ материалов, содержащихся в историях болезней 298 лиц с сочетанием ТБ и ВИЧ-инфекции, которые находились на стационарном лечении в Республиканском противотуберкулезном диспансере.

Большинство обследуемых (86,2%) – мужчины (табл. 1). Наиболее высока частота заболевания в возрастных группах 25-34 (29,5%) и 35-44 (45,6%) лет. В основном преобладали жители из различных регионов республики – 62,4%, жители столицы – составляли 37,6%. Почти все больные были трудоспособного возраста. Большая часть исследуемых (56,7%) имела неполное среднее и среднее образование, 17,5% пациентов имели высшее образование. Неработающих больных – более 70%.

Таблица 1

Гендерная и возрастная структура больных ТБ + ВИЧ

Гендерная структура	Возраст больных					
	0-5	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Мужчины	1	3	65	127	50	11
Женщины	1	2	23	9	6	
Всего	2	5	88	136	56	11

Указывали на наличие отягощающих факторов 79,9% пациентов (табакокурение – 67,4%; наркомания и злоупотребление алкоголем – 32,2 и 34,9% соответственно, социальные мигранты – 65,7%).

Среди клинических проявлений на первом месте отмечали общую слабость (79,5%), кашель с мокротой (73,2%), резкую потерю массы тела (57,0%).

У большинства больных наблюдали различные функциональные нарушения со стороны органов и систем. Так, ЭКГ констатировала дистрофические изменения миокарда у каждого третьего больного.

Туберкулиновая чувствительность по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л оказалась отрицательной в 91,6% случаев.

У 82,5% больных был установлен легочный процесс, у 15,4% – внелегочный. Анализ клинической структуры показал (рис. 1), что ТБ легких наблюдался в 82,5% случаев. Причем чаще встречались инфильтративный (25,8%), диссеминированный (23,8%) и очаговый (10,4%) процессы в легких. Деструкция легочной ткани отмечена в 36,2% случаев.

В 20,1% наблюдений встречались генерализованные поражения с вовлечением нескольких органов и систем, в том числе туберкулезным менингитом – 12,5%, что соответствует данным других исследователей [5, 8]. Различные осложнения ТБ специфического и неспецифического характера встречались у 38 (12,8%) больных, среди которых в 57,9% случаев была установлена легочно-сердечная недостаточность.

Сопутствующие заболевания (рис. 2) зарегистрированы в 38,6% случаях, среди них более чем в половине случаев наблюдали гепатит С (55,7%), оральная кандидоз (23,4%), что соответствует данным, полученными рядом авторов [5].

Как видно из табл. 2, бактериовыделение установлено у 108 (36,2%) больных. Из 108 бактериовыделителей у 52 (48,1%) выявлена устойчивость к различным препаратам. Анализ лекарственной устойчивости бактериовыделителей показал, что в структуре общей лекарственной устойчивости преобладает (59,6%) устойчивость одновременно к изониазиду и рифампицину (MDR). Монорезистентность и широкую лекарственную устойчивость наблюдали с одинаковой частотой (3,9%).

Анализ числа CD4-лимфоцитов показал, что у 69,9% больных при снижении числа CD4-клеток крови ниже 200 в 1 мкл встречались обширные поражения легочной ткани с наличием распада и диссеминацией в различные органы. У больных с наличием CD4-клеток более 200 в 1 мкл подобный характер нарушений был обнаружен лишь в 30,1%

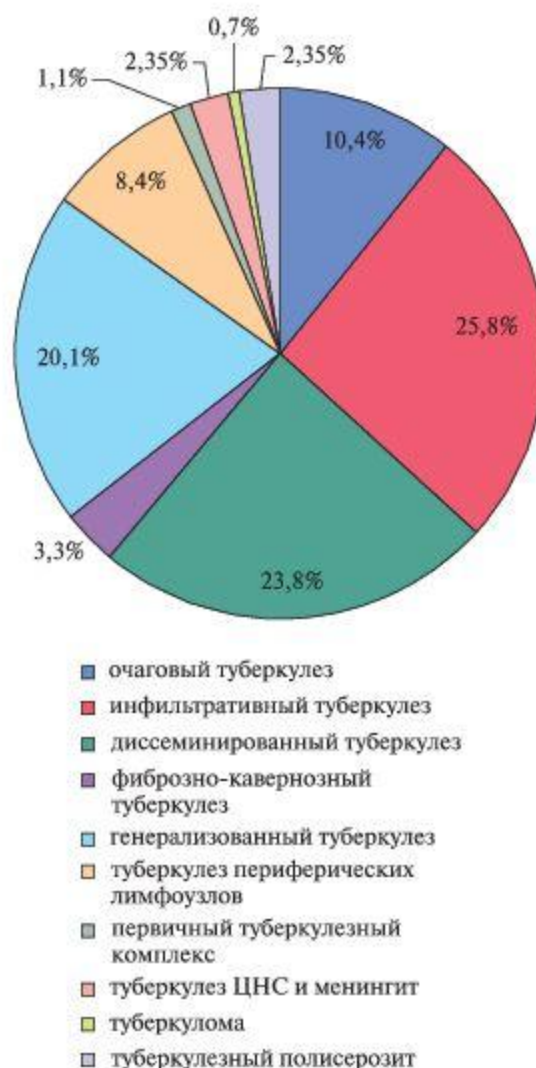


Рис. 1. Клиническая структура туберкулеза у больных с ТБ+ВИЧ

Таблица 2

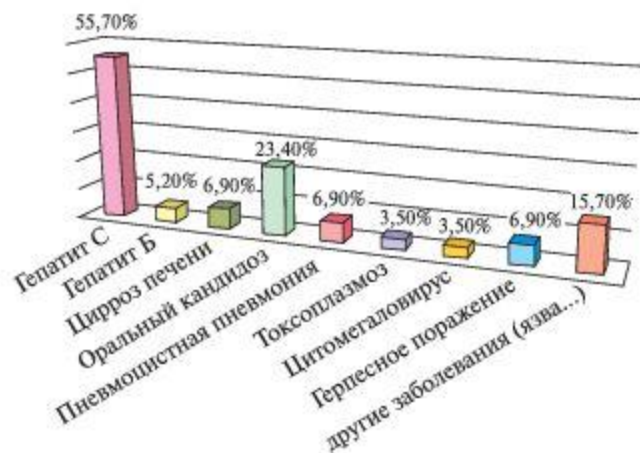


Рис. 2. Сопутствующие заболевания у больных с ТБ+ВИЧ

Частота и характер лекарственной устойчивости МБТ к основным противотуберкулезным препаратам

Характеристика штаммов МБТ по ЛУ	Число больных	
	Абс.	%
Число больных, у которых не было ЛУ МБТ	108	100
Число больных, у которых выявлена ЛУ МБТ	52	48,1
Общая монорезистентность	2	3,9
МЛУ МБТ	31	59,6
Полнорезистентность, отличная от МЛУ МБТ	17	32,6
Широкая лекарственная устойчивость	2	3,9

Таблица 3

Клиническая структура больных, умерших от ТБ и ВИЧ-инфекции

Число больных	Клиническая структура больных, умерших от ТБ и ВИЧ-инфекции						
	очаговый	инфильтративный	диссеминированный	генерализованный	туберкулезный плеврит	туберкулезный менингит	фиброкавернозный
69	2 (2,9%)	13 (18,8%)	26 (37,7%)	23 (33,3%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	3 (4,3%)

случаев. Аналогичные результаты получены и другими исследователями [2].

Летальный исход констатирован в 23,1% случаев. У трети больных причиной летального исхода был генерализованный процесс с вовлечением более двух органов и систем, при этом диссеминированный ТБ обнаружен в 37,7%, инфильтративный – в 18,8% (табл. 3).

Заключение

Сочетание ТБ и ВИЧ-инфекции наиболее часто поражает лиц мужского пола в трудоспособном возрасте. Полиорганные поражения имелись у каждого четвертого больного с наибольшей частотой поражения ЦНС. Из легочных форм чаще встречался инфильтративный ТБ. Почти в половине случаев у бактериовыделителей наблюдалась лекарственная устойчивость МБТ. При ВИЧ-инфекции с уровнем CD4-клеток менее 200 ТБ имеет более распространенный характер, поражая как легкие, так и другие органы и системы. У трети больных причиной летального исхода был генерализованный процесс с вовлечением более двух органов и систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаева И. Ю., Демикова О. В., Шаноловский В. В. и др. Вторичные заболевания у больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом // Матер. VIII Всерос. съезда фтизиатров «Туберкулез в России». – М., 2007. – С. 354-355.

2. Батыров Ф. А., Васильева И. А., Мальцев Р. В. Генерализованный туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией на стадии вторичных заболеваний // Инф. болезни. – 2010. – № 3. – С. 5-8.

3. Фролова Е. А., Усманов Р. И., Усманова Р. И. Проблема развития туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией // Казан. мед. ж. – 2009. – № 4. – С. 547-550.

4. Шаховский К. П., Вартанян Ф. Е. Туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией, в странах мира // Эпидемиол. и инфекц. бол. – 2007. – № 4. – С. 42-45.

5. Яковлев А. А., Рахманова А. Г., Козлов А. А. Анализ клинических проявлений и изменений лабораторных показателей у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом // Инфекц. бол. – 2012. – № 2. – С. 49-55.

6. Arora V. K., Gupta R. Trends of extra-pulmonary tuberculosis under revised national tuberculosis control programme: A study from South Delhi // Indian. J. Tuberc. – 2006. – Vol. 53. – P. 77.

7. Bhagyabati D. S., Naorem S., Singh T. J. et al. HIV and TB Co-infection // J. Indian Academy of Clinical Medicine. – 2005. – Vol. 6. – P. 220.

8. Cecchini D., Ambrosioni J., Brezzo C. et al. Tuberculous meningitis in HIV-infected patients: drug susceptibility and clinical outcome // AIDS. – 2007. – Vol. 21. – P. 373-374.

9. Global tuberculosis control: Surveillance, planning, financing. WHO report 2007. WHO, Geneva, 2007. (WHO/HTM/TB/2007.376)

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Азизян Нуне Григорьевна

Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци, преподаватель фтизиатрии, 378510, Республика Армения, г. Абовян, ш. Арзвы, д. 10. Тел.: 8 (0222) 2-38-25. E-mail: nazizyan@mail.ru

Поступила 03.02.2014