

Заключение. ТМ, особенно у больных ВИЧ-инфекцией, отличается атипичным стертым течением, затрудняющим диагностику. Лабораторные показате-

ли переменны, наиболее постоянными являются снижение хлоридов, выпадение «паутинки», повышение содержания белка.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИЖИЗНЕННОГО И ПОСМЕРТНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

ПАНТЕЛЕЕВ А. М.

COMPARISON OF LIFE-TIME AND POST MORTEM DETECTION OF TUBERCULOSIS WITH MULTIPLE LOCALIZATIONS IN HIV-PATIENTS

PANTELEYEV A. M.

ГБОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург
ГБУЗ «Городская туберкулезная больница № 2», г. Санкт-Петербург

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, St. Petersburg, RF
Tuberculosis Hospital no. 2, St. Petersburg, RF

Цель: провести сравнительный анализ прижизненной и посмертной диагностики внелегочных локализаций туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное сопоставление количества локализаций туберкулеза, диагностированных прижизненно и выявленных посмертно у 462 больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, проходивших лечение в ГБУЗ «Городская туберкулезная больница № 2» в 2005-2014 гг. и скончавшихся при прогрессировании туберкулезного процесса.

Результаты. Из 462 больных с аутопсийно подтвержденным туберкулезом множественной локализации только в 200 (43,3%) случаях все внелегочные локализации туберкулеза были выявлены прижизненно. У 36 (7,7%) больных внелегочные локализации туберкулеза обнаружены только при аутопсийном исследовании. Так, туберкулез мезентериальных и забрюшинных лимфатических выявлен только при аутопсии в 37,4% случаев, туберкулез почек – в 65,7%, туберкулез селезенки – в 67,6%, туберкулез брюшины – в 22,6%. Туберкулез печени обнаружен только при аутопсийном исследовании в 74% случаев, а такие локализации туберкулеза, как поражение надпочечников (5 случаев), туберкулез поджелудочной железы (5 случаев), выявлялись только посмертно при аутопсийном исследовании.

При сопоставлении количества органов, вовлеченных в туберкулезное воспаление, выявленных прижизненно и при аутопсии, установлено, что в половине случаев (51,5%) клиническими методами выявляли только одну внелегочную локализацию туберкулеза. При этом при сопоставлении

с аутопсийными данными единственная внелегочная локализация обнаружена только в 16,3% случаев, что в 3 раза реже, чем при прижизненном выявлении ($p < 0,05$). Две внелегочные локализации туберкулеза выявлены прижизненно у 28,4% больных, только у 20,0% – при аутопсии. Начиная с 3 внелегочных локализаций туберкулеза преобладало посмертное выявление локализаций туберкулезного процесса (11,3% – прижизненно, 17,3% – посмертно). У больных с 4 внелегочными локализациями туберкулезного процесса посмертное выявление происходило в 3 раза чаще (6,9 и 22,0% соответственно, $p < 0,05$) (таблица). Таким образом, прижизненная диагностика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией не полностью отражает характер и объем распространения процесса, что можно объяснить чрезвычайно быстрой прогрессией заболевания.

Таблица

Число локализаций туберкулеза, выявленных прижизненно и посмертно

Число локализаций	Прижизненно, %	На аутопсии, %
1	51,5	16,3
2	28,4	20,0
3	11,3	17,3
4	6,9	22,0
5	1,1	14,8
6	0,6	6,5
7	0,2	3,0
8	0	0,3

У больных с единственной внелегочной локализацией туберкулеза средний уровень CD4-лимфоцитов составил $239,6 \pm 17,3$ кл/мкл. В группе больных с 2 внелегочными локализациями он был достоверно ($p < 0,01$) ниже и составил $153,3 \pm 14,3$ кл/мкл. У больных с 3 выявленными внелегочными локализациями туберкулеза средний уровень составил $183,3 \pm 22,5$ кл/мкл, с 4 – $119,7 \pm 18,9$ кл/мкл, с 5 – $138,8 \pm 37,9$ кл/мкл. У больных с максимальной выявленной распространенностью имела место максимальная иммуносупрессия. Уровень CD4-лимфоцитов у таких больных составил $73,9 \pm 21,4$ кл/мкл, достоверно ($p < 0,01$) отличаясь от уровня CD4-лимфоцитов у больных с меньшим количеством внелегочных локализаций туберкулеза, что отражает наиболее неблагоприятное течение туберкулеза у больных с выраженной иммуносупрессией.

Необходимо отметить, что внелегочные локализации туберкулеза во всех случаях сочетались с активным туберкулезом органов грудной клетки.

В Российской клинической классификации туберкулеза имеется рубрификация только по отдельным формам туберкулеза органов дыхания или туберкулеза внелегочной локализации. В соответствии с этим положением, форма туберкулеза может быть отнесена только к легочной или внелегочной. С учетом выявленных данных о поражении органов грудной клетки во всех случаях внелегочного туберкулеза рассматривать формы распространенного туберкулеза с поражением органов грудной клетки и с наличием внелегочных локализаций только как внелегочные или как изолированно

легочные представляется неверным. У больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом множественной локализации отнесение туберкулеза только к одной из форм туберкулеза органов грудной клетки или отдельной внелегочной локализации не позволит проводить учет форм с множественным поражением органов и тканей, а также полноценное наблюдение и лечение таких больных. Целесообразно введение в классификацию туберкулеза обобщающего термина «генерализованный туберкулез», под которым понимаем активный специфический воспалительный процесс с поражением 2 и более органов в различных системах. Диагноз туберкулеза, помимо вышеуказанного термина, должен включать расшифровку с перечислением всех локализаций туберкулезного процесса с указанием фазы, осложнений, наличия бактериовыделения.

Помимо этого, с учетом неполной прижизненной диагностики всех внелегочных локализаций туберкулеза выявление даже одной внелегочной локализации туберкулеза в сочетании с поражением органов дыхания необходимо рассматривать как генерализованный туберкулезный процесс.

Заключение. Прижизненная диагностика внелегочного туберкулеза у лиц с ВИЧ-инфекцией неполно отражает объем поражения органов и тканей, частота которого коррелирует со степенью иммуносупрессии. Для полного учета клинической картины туберкулеза необходимо введение термина «генерализованный туберкулез» при наличии туберкулеза 2 локализаций в разных органах, включая органы грудной клетки.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ РАННИХ И ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

ПАРОЛИНА Л. Е., МОРОЗОВА Т. И., ДАНИЛОВ А. Н., ОТПУЩЕННИКОВА О. Н.

SPECIFICS OF TUBERCULOSIS DIAGNOSTICS AT EARLY AND LATE STAGES OF HIV-INFECTION

PAROLINA L. E., MOROZOVA T. I., DANILOV A. N., OTPUSCHENNIKOVA O. N.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского МЗ РФ, г. Саратов

V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, RF

Доля больных с сочетанием туберкулеза (ТБ) и ВИЧ-инфекции (ВИЧи) среди вновь взятых на учет больных ТБ в Российской Федерации неуклонно увеличивается. Диагностика ВИЧ-ассоциированного ТБ на амбулаторном этапе представляет определенные трудности в связи с многообразием проявлений туберкулезного процесса на фоне иммунодефицита, отсутствием однозначной трактовки результатов ряда методов диагностики.

Цель: выявить клиничко-рентгенологические, бактериологические и морфологические проявления ТБ в зависимости от стадии ВИЧи для разработки оптимальных подходов к алгоритму диагностики ТБ у больных ВИЧи.

Материалы и методы. Проанализированы данные 461 пациента с впервые установленным ТБ, развившимся на фоне ВИЧи, зарегистрированных в Саратовской области в 2009-2013 гг. Возраст