

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

пациентов варьировал от 18 до 60 лет (средний возраст – 32,2 года). Ранние стадии ВИЧ зарегистрированы у 154 больных, поздние – у 307 пациентов. Давность ВИЧ от момента обнаружения антител к ВИЧ до установления диагноза ТБ составила $4,9 \pm 2,7$ года. Оценивали эффективность стандартных (клиническое обследование, рентгенография, бактериоскопия, туберкулинодиагностика) и дополнительных (компьютерная томография, бронхоскопия с биопсией, УЗИ брюшной полости и грудной клетки, пункции плевральной полости, обнаружение ДНК МБТ, цитологическое, гистологическое исследования, посев материала на жидкие питательные среды) методов диагностики ТБ.

Результаты. У больных ТБ/ВИЧ при ранних стадиях ВИЧ доминирующей формой ТБ являлся инфильтративный (ИТ) – 64,9%. Диссеминированная форма ТБ (ДТ) зарегистрирована у 16,5% больных, очаговая (ОТ) – у 10,6%. На поздних стадиях ВИЧ чаще выявлялся ДТ – 40,3% ($p = 0,00001$), затем ИТ – 38,7% ($p = 0,00001$) и ОТ – 7,2% ($p = 0,144$). При ранних стадиях ВИЧ распад легочной ткани установлен у 56,2%, при поздних – 21,6% ($p = 0,00001$). Клинические проявления ТБ при ТБ/ВИЧ на ранних стадиях ВИЧ отличались более типичным симптомокомплексом. Выявление по обращению зарегистрировано у 66,9% больных, у 42,9% больных диагноз ТБ установлен на основании скрининга основных четырех клинических симптомов при проведении клинического минимума амбулаторного обследования. У 33,1% больных процесс заподозрен при проведении плановой флюорографии. При поздних стадиях ВИЧ доминировало выявление по обращению с жалобами – в 98,1% случаев ($p = 0,00001$); клинический минимум обследования позволил диагностировать ТБ только у 18,2% ($p = 0,00001$). Доля пациентов с длительностью ухудшения самочувствия более 4 нед. до момента обследования при ранних стадиях ВИЧ составляла 76,0%, при поздних стадиях – 48,9% ($p = 0,00001$). Значительные трудности в оценке клинической симптоматики ТБ на поздних стадиях ВИЧ отмечались у 32,9% пациентов. При этом выраженный гепатолиенальный синдром установлен у 80,7%, выраженный интоксикационный синдром – у 86,5%, увеличение лимфатических узлов – 34,4%. Острое начало заболевания зафиксировано у 24,8% больных, тогда как при ранних стадиях ВИЧ оно зарегистрировано лишь у 3,9% пациентов ($p = 0,0001$). Среди жалоб доминировали при ранних и поздних стадиях ВИЧ, соответственно, повышение температуры тела – 48,1 и 91,9% ($p = 0,00001$), слабость – 50,6 и 97,7% ($p = 0,00001$), кашель – 68,8 и 71,3% ($p = 0,658$), потеря массы

тела – 31,8 и 83,7% ($p = 0,00001$) и потливость – 18,8 и 22,2% ($p = 0,456$). Среди больных ТБ/ВИЧ отрицательная проба с диаскинтестом зафиксирована у 88,6% пациентов, положительная – у 10,0%, сомнительная – у 1,4%. Гиперергических реакций не отмечено. Среди лиц с положительным результатом пробы с диаскинтестом (46 больных) у 84,8% были ранние стадии ВИЧ, у 15,2% – поздние стадии ($p = 0,00001$). Алгоритм лучевой диагностики на ранних стадиях ВИЧ при типичных клинических проявлениях ТБ включал цифровую рентгенографию органов грудной клетки; у 25,3% больных проводилась компьютерная томография (КТ), что позволяло достоверно высказаться в пользу туберкулезного процесса. На поздних стадиях ВИЧ чаще определялась нетипичная рентгеновская картина в виде изолированной диссеминации без бактериовыделения, сочетания диссеминации в легких с увеличенными внутригрудными лимфатическими узлами или плевритом, что требовало использования КТ у всех больных, а также дополнительных диагностических методик у 46,4% пациентов; в 36,5% случаев проводилась дифференциальная диагностика между ТБ и другими оппортунистическими инфекциями. Основными методами диагностики ТБ на поздних стадиях ВИЧ служили: лучевые – 65,6%, микробиологические (МБТ+) – 18,7%, морфологические – 9,2%, эндоскопические – 6,3%, молекулярно-генетические – 0,1%, другие – 0,1%. Для диагностики ТБ на ранних стадиях ВИЧ традиционные методы исследования применялись в 100% случаев, дополнительные методы – у 18,8%. Алгоритм диагностики в общей медицинской сети выполнен у 88,7% пациентов. Дополнительные методы на базе противотуберкулезных учреждений использованы в 11,3% при госпитализации в диагностическое отделение диспансера.

Заключение. На ранних стадиях ВИЧ установление диагноза ТБ происходит в основном на амбулаторном этапе и требует от врача знания типичной клиники заболевания и выполнения стандарта обследования на ТБ. При достижении поздних стадий ВИЧ ТБ приобретает атипичные проявления: быстрое и нередко острое развитие заболевания, ярко выраженный интоксикационный синдром, снижение частоты деструктивных проявлений, что влечет необходимость использования дополнительных диагностических методик для верификации ТБ и в ряде случаев госпитализацию в диагностическое отделение. Применение пробы с диаскинтестом у больных с ТБ/ВИЧ лишь у 10,0% больных дает положительный результат, что ограничивает его диагностические возможности у пациентов данной категории.