

О. С. ШАЛЬМІН, О. М. РАЗНАТОВСЬКА, Р. М. ЯСІНСЬКИЙ, М. В. БЕНДУС,  
Т. І. НЕТКАЛ, В. С. ЛОГІЙКО, Н. М. НЕКРАСОВА

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ПРИЧИНИ СМЕРТІ ХВОРИХ НА ВІЛ/СНІД-АСОЦІЙОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Запорізький медичний університет <raznatovskaya.zp@rambler.ru>

*Встановлено, що більшість хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз вели асоці-  
альний спосіб життя. Серед померлих переважали особи з вперше діагностованим та  
хіміорезистентним туберкульозом. Частіше туберкульоз розвивався на фоні ВІЛ-  
інфекції. У померлих переважав легеневий процес, за формами – дисемінована та  
інфільтративна. Смерть наставала частіше від прогресування дисемінованого легене-  
вого процесу. У більшості померлих не виявлено реакції на специфічне протитуберку-  
льозне та антиретровірусне лікування.*

**Ключові слова:** ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

Нині в Україні відмічається одночасний розвиток епідемій двох хвороб – туберкульозу і ВІЛ/СНІДу [9, 11]. Туберкульоз – найбільш поширене опортуністичне захворювання, яке є головною причиною захворюваності та смертності серед хворих на СНІД [1, 12]. За даними ВООЗ, починаючи з 2000 р. туберкульоз став причиною смерті 1 млн ВІЛ-інфікованих щороку, а рівень захворюваності на ко-інфекцію є чутливим показником поширення ВІЛ у загальній популяції населення [4, 13, 15].

Туберкульоз як інфекційна хвороба поширюється разом з ВІЛ, що різко пригнічує імунітет [8]. Таке поєднання особливо актуальне для України, в якій відмічаються як взаємне перехресне інфікування, так і дуже високі темпи поширення обох інфекцій. За даними літератури, ВІЛ-інфекція підвищує ризик розвитку туберкульозу і, навпаки, туберкульоз несприятливо впливає на перебіг ВІЛ-інфекції [3, 10].

Однією з причин пізньої діагностики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД є атиповий перебіг та певні клінічні особливості специфічного процесу [6, 14, 16]. Встановлено, що туберкульоз на фоні ВІЛ-інфекції у 50–70 % осіб має позалегенову локалізацію і частіше приєднується до СНІДу при рівні  $CD_4^+$  клітин < 200 [2]. На пізніх стадіях ВІЛ-інфекції в 60–70 % випадків діагностують дисемінований туберкульоз і туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ВГЛВ) [5].

При активному туберкульозі у ВІЛ-інфікованих зазвичай спостерігається загострення імунodefіциту, зумовленого ВІЛ-інфекцією, що спричинює розвиток інших опортуністичних інфекцій, в першу чергу пневмоцистної пневмонії, кандидозного езофагіту і криптококового менінгіту. Кожна з цих інфекцій може мати летальний наслідок [7], у цих випадках туберкульоз є непрямою причиною смерті.

Туберкульоз є безпосередньою причиною смерті до 30 % хворих з ВІЛ-інфекцією, а при СНІДі – у 90 % [5]. Це зумовлює необхідність раннього виявлення і лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих, особливо у хворих з рівнем  $CD_4^+$  Т-лімфоцитів, що вказує на тяжкий імунodefіцит [8].

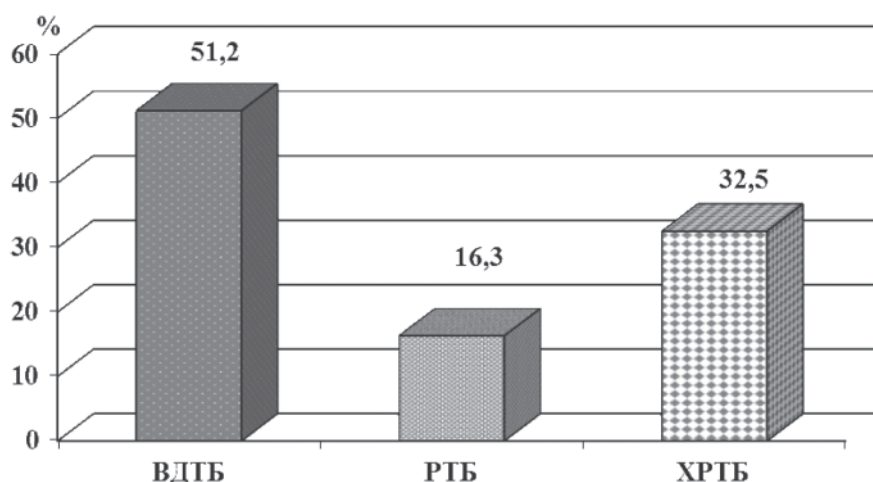
Таким чином, вивчення особливостей клінічного перебігу ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу та причин смерті даних хворих є актуальним питанням сучасної фтизіатрії.

**Мета дослідження** – визначення особливостей клінічного перебігу та аналіз причин смерті хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано 43 амбулаторні карти померлих від ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, які знаходились на диспансерному обліку і лікуванні у туберкульозних диспансерах Запоріжжя за період 2010–2012 рр.

**Результати та їх обговорення.** Чоловіків було 30 (69,7 %), жінок – 13 (30,3 %). Середній вік становив  $(40,3 \pm 1,0)$  року. Працюючих було лише 2 (4,6 %). В місцях позбавлення волі (МПВ) знаходилося 16 (37,2 %) хворих, без визначеного місця проживання (ВМП) – 6 (13,9 %), хворих на наркоманію – 13 (30,2 %) та алкоголізм – 13 (30,2 %). Асоціальний спосіб життя вели 23 (53,5 %) хворих. Із супутніх захворювань у 6 (13,9 %) виявлено хронічний вірусний гепатит (ХВГ) С. Тестування на ВІЛ-інфекцію проведено у всіх хворих. Контакт із хворими на туберкульоз встановлено у 13 (30,2 %) хворих. Хіміопрофілактику туберкульозу отримувало 3 (6,9 %), профілактику опортуністичних інфекцій ВІЛ – 13 (30,2 %).

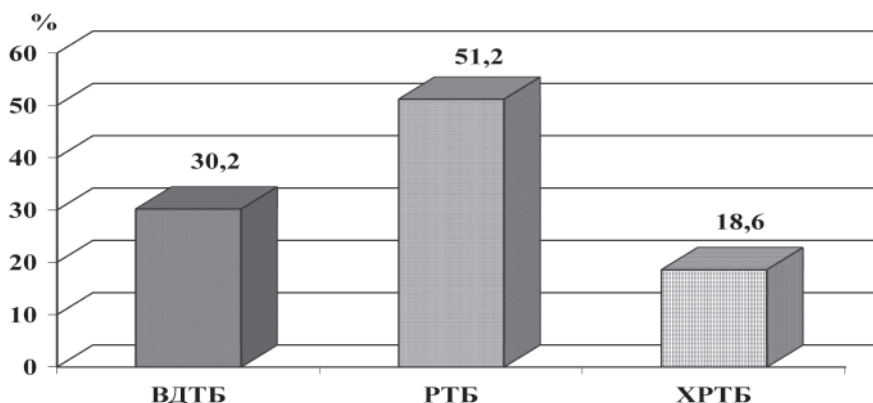
На момент смерті серед хворих з ко-інфекцією вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) спостерігали у 22 (51,2 %), рецидив туберкульозу (РТБ) – у 7 (16,3 %), хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ) – у 14 (32,5 %). Розподіл хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз за типами специфічного процесу зображено на рис. 1.



**Рис. 1.** Розподіл хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз за типом специфічного процесу

Таким чином, серед померлих від ко-інфекції достовірно ( $P < 0,05$ ) більше було хворих з ВДТБ (51,2 %) та ХРТБ (32,5 %).

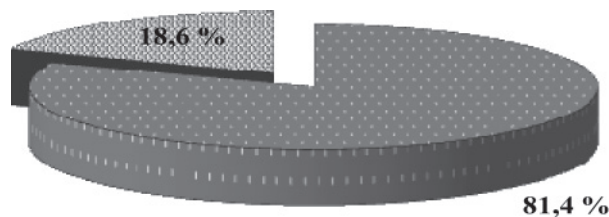
При ко-інфекції туберкульоз передував розвитку ВІЛ-інфекції (рис. 2) у 13 (30,2 %) хворих, ВІЛ-інфекція – у 22 (51,2 %), одночасне виявлення ко-інфекції спостерігали у 8 (18,6 %).



**Рис. 2.** Передування захворювання при розвитку ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу

Отже, у хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз достовірно ( $P < 0,05$ ) частіше (1,6 раза) туберкульоз розвивався на фоні ВІЛ-інфекції. У середньому тривалість туберкульозу становила ( $8,3 \pm 1,0$ ) року, ВІЛ-інфекції – ( $7,0 \pm 0,7$ ) року.

Туберкульоз (рис. 3) мав легеневу локалізацію у 35 (81,4 %) хворих, позалегенову – у 8 (18,6 %), тобто серед померлих від ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу, переважав легеневий туберкульоз.

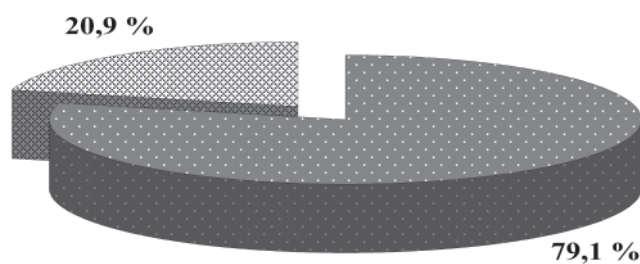


**Рис. 3.** Розподіл хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз за характером туберкульозного процесу:

■ – легеневий; ■ – позалегеновий

При розподілі хворих за клінічними формами встановлено, що вогнищевий туберкульоз мав місце у 1 (2,3 %), інфільтративний – у 8 (18,7 %), дисемінований – у 21 (48,9 %), фіброзно-кавернозний (ФКТ) – у 4 (9,4 %), циротичний туберкульоз – у 1 (2,3 %), туберкульозний менінгоенцефаліт – у 3 (6,9 %), міліарний туберкульоз – у 1 (2,3 %), туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів – у 3 (6,9 %) та туберкульоз позачеревних лімфатичних вузлів – у 1 (2,3 %). Таким чином, серед хворих на ко-інфекцію достовірно ( $P < 0,05$ ) частіше виявляли дисеміновану (48,9 %) та інфільтративну (18,7 %) форми. Деструкції у легенях діагностовано у 23 (53,5 %) хворих, бактеріовиділення – у 30 (69,7 %).

Серед хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз від прогресування туберкульозу (рис. 4) померло 34 (79,1 %), з них від легеневого процесу – 27 (79,4 %), від позалегенового – 7 (20,6 %). Від прогресування ВІЛ-інфекції померло 9 (20,9 %). Таким чином, достовірно ( $P < 0,05$ ) частіше (у 3,7 раза), смерть хворих на ко-інфекцію наставала від прогресування туберкульозу, при цьому достовірно ( $P < 0,05$ ) частіше (у 3,8 раза) – від легеневого специфічного процесу.



**Рис. 4.** Причини смерті хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз:

■ – прогресування туберкульозу; ■ – прогресування ВІЛ

При цьому від прогресування дисемінованого туберкульозу помер 21 (48,8 %), від інфільтративного – 3 (6,9 %), від ФКТ – 2 (4,7 %), від циротичного – 1 (2,3 %), від міліарного – 3 (6,9 %), від туберкульозного менінгоенцефаліту – 3 (6,9 %) та від множинних туберкульом правої півкулі головного мозку з деструкціями – 1 (2,3 %). Таким чином, достовірно частіше ( $P < 0,05$ ) смерть хворих на ко-інфекцію наставала від прогресування дисемінованого туберкульозу (48,8 %) на фоні ВІЛ-інфекції.

Розбіжностей між клінічним та патологоанатомічним діагнозами не встановлено.

Слід зазначити, що антиретровірусну терапію (АРТ) отримували лише 10 (23,3 %) осіб, резистентність до АРТ виявлено у 34 (79,1 %) хворих, до проти-туберкульозного лікування – у 26 (60,5 %). Пізню діагностику ВІЛ-інфекції відмічено у 3 (6,9 %), туберкульозу – у 5 (11,6 %).

**Висновки.** 1. Більшість хворих вели асоціальний спосіб життя, у них діагностовано алкоголізм або наркоманію. 2. Серед померлих часто виявляли вперше діагностований та хіміорезистентний туберкульоз. 3. Частіше туберкульоз розвивався на фоні ВІЛ-інфекції. 4. У померлих превалював легеневий процес, за формами – дисемінована та інфільтративна. 5. Смерть наставала частіше від прогресування дисемінованого легеневого процесу. 6. У більшості померлих не відмічено прихильності до специфічного протитуберкульозного та антиретровірусного лікування і вони не отримували профілактичного курсу лікування.

#### Список літератури

1. Волкова К. И., Кокосов А. Н., Браженко Н. А. Туберкулёз в период эпидемии ВИЧ/СПИДа и наркомании // Пробл. туберкулёза. – 2001. – № 2. – С. 61–65.
2. Дяченко М. Ю. Туберкульоз і СНІД // Укр. мед. альманах. – 2003. – № 1. – С. 174–176.
3. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. ВІЛ-інфекція і СНІД. – 2-ге вид., перероб. і доп. – К.: Здоров'я, 2004. – 636 с.
4. Ільїнська І. Ф., Мельник В. М., Назарова О. Г. Епідеміологічний аналіз ВІЛ-інфекції в Україні та шляхи його удосконалення // Журн. АМН України. – 2000. – Т. 6, № 2. – С. 344–358.
5. Мельник В. М., Новожилова І. О., Приходько А. М., Сметаніна О. Р. Динаміка захворюваності та смертності від туберкульозу до і під час епідемії: тенденції та регіональні особливості // Укр. пульмонол. журн. – 2006. – № 1. – С. 53–55.
6. Скляр Л. Ф., Іванис В. А., Попов А. Ф. ВИЧ-инфекция: Учеб.-метод. пособие. – Владивосток: Типография РПК МГУ им. адм. Г. И. Невельского, 2010. – 84 с.
7. Скляр Л. Ф., Сотниченко С. А., Маркелова Е. В. Современные аспекты ВИЧ-инфекции, ассоциированной с туберкулёзом: Учеб. пособие. – Владивосток: Типография РПК МГУ им. адм. Г. И. Невельского, 2009. – 88 с.
8. Сотниченко С. А. Показатели иммунитета у пациентов с ВИЧ-инфекцией, ассоциированной с туберкулёзом на разных стадиях заболевания // Дальневост. мед. журн. – 2008. – № 1. – С. 62–65.
9. Фещенко Ю. І. Туберкульоз і СНІД – актуальна проблема сьогодення // Мед. перспективи. – 2000. – № 1. – С. 3–6.
10. Фещенко Ю. І., Мельник В. Ф., Турченко Л. В. Туберкульоз, ВІЛ-інфекція та СНІД: Навч. посібник. – К.: Здоров'я, 2004. – 200 с.
11. Черенько С. О., Александріна Т. А. Епідеміологічний нагляд за ситуацією щодо захворюваності на туберкульоз та ВІЛ/СНІД в Україні // Укр. мед. часопис. – 2004. – Вип. 41, № 3. – С. 69–72.
12. Щелканова А. И., Кравченко А. В. Особенности течения туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией // Терапевт. арх. – 2004. – № 4. – С. 20–24.
13. AIDS epidemic update // UNAIDS/WHO. – 2003. – N 12. – P. 3–28.
14. Apers L., Wijarajah C., Mutsvangwa J. Accuracy of routine diagnosis of pulmonary tuberculosis in an area high HIV prevalence // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2004. – Vol. 8, N 8. – P. 945–951.
15. Bartlett John G., Gallant Joel E., Paul A. Pham Medical management of HIV infection, Johns Hopkins University School of Medicine. – Baltimore: Knowledge Source Solutions, 2012. – 616 p.
16. Galetti D. Tuberculosis as cofactor for the pathogenesis human immunodeficiency virus infection // TB and HIV. – 1997. – N 13. – P. 44–46.

#### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

А. С. Шальмін, Е. Н. Разнатовская, Р. Н. Ясинский, М. В. Бендус,  
Т. И. Неткал, В. С. Логийко, Н. М. Некрасова (Запорожье)

Установлено, что большинство больных ВИЧ/СПИД-ассоциированным туберкулёзом вели асоциальный образ жизни. Среди умерших превалировал впервые диагностированный и хіміорезистентний туберкулёз. Чаше туберкулёз развивался на фоне ВИЧ-инфекции. У умерших

преобладал лёгочной процесс, по формам – диссеминированная и инфильтративная. Смерть наступала чаще от прогрессирования диссеминированного лёгочного процесса. У большинства больных не наблюдалось приверженности к специфическому противотуберкулёзному и антиретровирусному лечению.

**Ключевые слова:** ВИЧ/СПИД-ассоциированный туберкулёз.

#### CLINICAL COURSE AND CAUSES OF DEATH IN PATIENTS WITH HIV/AIDS-ASSOCIATED TUBERCULOSIS

A. S. Shalmin, E. N. Raznatovskaya, R. N. Yasinskiy, M. V. Bendus,  
T. I. Netkal, V. S. Logiyko, N. M. Nekrasova (Zaporozhye, Ukraine)

Zaporizhzhya medical university

It was determined that most of the patients with HIV/AIDS-associated tuberculosis were anti-social way of life. There were more causes of newly diagnosed tuberculosis and drug resistance tuberculosis among the dead cases of HIV/AIDS-associated tuberculosis. Tuberculosis more often had started after HIV-infection. In patients who died of co-infection disseminated and infiltrative forms of pulmonary tuberculosis were determined more often. Death came more often from progression of disseminated pulmonary tuberculosis. Most patients had no commitment to a specific anti-TB and antiretroviral treatment.

**Key words:** HIV/AIDS-associated tuberculosis.

---

## КОРПОРАТИВНА МЕДИЦИНА

---

УДК 615.22+616-08+616.127-005.8

Надійшла 28.12.2012

I. П. ВАКАЛЮК, Н. Б. ТИМОЧКО

### ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКАМЕТОЗНОГО ЗАСТОСУВАННЯ КОРВАЗАНУ® У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА, З УРАХУВАННЯМ ЧИННИКІВ РИЗИКУ

Кафедра внутрішньої медицини 3 та медсестринства (зав. – проф. І. П. Вакалюк) Івано-Франківського національного медичного університету <dr.nt@mail.ru>

*Найважливішу роль смертності від серцево-судинних захворювань відіграють фактори ризику виникнення серцево-судинних подій. З метою визначення ефективності відновного лікування було обстежено 240 хворих, які перенесли інфаркт міокарда із супутніми чинниками ризику. Встановлено, що включення до стандартної терапії бета-адреноблокатора карведилолу в індивідуально підібраній дозі та залежно від чинника ризику виникнення серцево-судинних подій сприяє підвищенню функціональних резервів міокарда та збільшенню толерантності до фізичних навантажень.*

**Ключові слова:** інфаркт міокарда, серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, ожиріння, тредміл-тест, карведилол.

Серцево-судинні захворювання – основна причина смертності осіб середнього і похилого віку в багатьох країнах. Щорічно, за даними ВООЗ, помирають понад 17,5 млн людей. В Україні в 2010 р. кількість дорослих з хворобами системи кровообігу становила близько 25,9 млн. Водночас в Україні за останні 30 років поширення серцево-судинних захворювань серед населення збільшилось у 3,5 раза,