

Л.А. Коломійчук, Я.В. Лопатіна, Л.С. Ничипоренко, Т.В. Супруненко), в окремих випадках — лікарі високої кваліфікації інших спеціальностей (наркологи А.В. Подсвірова із Києва і І.М. Веретсько із Вінниці, лікар-інфекціоніст Т.В. Шарова із центру СНІД АРК із Сімферополя) та соціальні працівники із досвідом роботи в ВБО «Час життя плюс», Київ (О.К. Тимошок, О.Ю. Тихоненко).

З діагностичною та лікувальною метою протягом 2006—2014 рр. на клінічних базах регіональних центрів профілактики і боротьби зі СНІДом України (25 обласних, Республіканський АРК, Київ, Севастополь), 15 міських, а також сайтів АРТ баз КІЗів та кабінетів «Довіра» виконано 115 клінічних наставницьких візитів по 2—3 дні кожний, що сумарно становить 290 робочих днів. Протягом понад 10 узагальнених місяців щодня проконсультовано в середньому сім пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, що у середньому складає 2030 випадків, з них у 2/3 констатовано поєднану патологію — туберкульоз/ВІЛ.

**Результати.** Структура клінічних форм туберкульозу така. ТБ легень діагностовано у 53,0 % хворих, ТБ лімфатичних вузлів (периферійних, внутрішньогрудних, абдомінальних) — у 15,0 %; ТБ серозних оболонок (плеври, очеревини, перикарда) — у 8,0 %; ТБ сечостатевої системи — у 5,0 %; ТБ кісток і суглобів — у 4,0 %; ТБ і менінгоенцефаліт — у 4,0 %; ТБ ока — у 2,0 %; ТБ кишечника — у 2,0 %; ТБ шкіри — у 1,0 %; ТБ неуточної локалізації — у решти 6,0 % хворих.

УДК 616.24-002.5-07:576.858:612.017.1

## Особливості виявлення та діагностики туберкульозу неуточної локалізації у дітей і дорослих, які живуть з ВІЛ-інфекцією

**В.І. Петренко<sup>1</sup>, Л.А. Коломійчук<sup>2</sup>, Л.С. Ничипоренко<sup>2</sup>, О.В. Панасюк<sup>2, 3</sup>, Г.В. Радиш<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна (E-mail: nmu@unmu.kiev.ua)

<sup>2</sup> ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України», Київ, Україна (E-mail: epidemics@ukr.net)

<sup>3</sup> ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини», Київ, Україна (E-mail: info@kmu.edu.ua)

**Актуальність.** Попри багаторічне впровадження діагностичних, клінічних та інших заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції, туберкульозу, проблема ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ (ТБ/ВІЛ) залишається однією з найважливіших у світовій системі охорони здоров'я, зокрема й для України. Мікобактерії туберкульозу (МБТ) вбивають більше людей, ніж будь-який інший збудник інфекції. Тому потрібно боротися не тільки з ВІЛ-інфекцією, а й з туберкульозом.

**Мета роботи** — поліпшення виявлення та діагностування туберкульозу неуточної локалізації (ТБНУЛ) шляхом спрямування уваги лікарів різних спеціальностей на засвоєння особливостей виявлення ознак інтоксикаційного синдрому (ІС), імовірних параспецифічних реакцій (ПСР) та критеріїв діагностики зазначеної патології у ВІЛ-інфікованих дітей, підлітків і дорослих.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 100 пацієнтів, які проходили діагностику та лікування на клінічних базах названих медичних університетів та інфекційного інституту в

### Висновки

1. Аналіз результатів клінічних наставницьких візитів у всі регіональні центри профілактики і боротьби зі СНІДом України за останніх 10 років свідчить, що спільне консультування фтизіатра та інфекціоніста дає змогу діагностувати у 53,0 % хворих туберкульоз легень, у 41, % — позалегеновий туберкульоз і у 6,0 % — туберкульоз неуточної локалізації. Тому в Україні є реальна можливість суттєво підвищувати діагностику туберкульозу позалегенових локалізацій порівняно з офіційними даними за 2005 р. і наступні 2006—2013 рр.

2. Здійснення клінічних наставницьких візитів групою у складі фтизіатра (проф. О.В. Панасюка) і висококваліфікованих інфекціоністів із ДУ «ІЕІХ імені Л.В. Громашевського НАМН України» продемонструвало в усіх регіональних центрах СНІДу України високий рівень взаємодії двох служб, що дало змогу протягом останніх 10 років підняти на якісно вищий рівень діагностування туберкульозу позалегенової локалізації та вдалося в 2013 р. збільшити на 18,4 % частоту виявлення позалегенового туберкульозу порівняно з 2005 р. ( $p < 0,05$ ).

3. Пріоритетним завданням протидії ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ є підвищення якості профілактичних, діагностичних і лікувальних заходів, зокрема шляхом посилення інтеграції протитуберкульозної та служби СНІДу на мультидисциплінарній основі.

період від 1996 до 2015 р., з встановленим основним діагнозом: туберкульоз неуточної локалізації у поєднанні з ВІЛ-інфекцією. Серед обстежених було 20 дітей (8 дівчаток та 12 хлопчиків) і 80 дорослих (36 жінок та 44 чоловіки). Вік хворих — від 3 до 65 років.

**Результати.** Клінічні ознаки виявлення й етіологічну верифікацію ТБНУЛ у дітей та дорослих, які живуть із ВІЛ-інфекцією, наведено в таблиці (див стор. 106).

**Висновки.** У ВІЛ-інфікованих дітей та дорослих на підставі виявлення ознак, що включають перших п'ять ключових симптомів загального інтоксикаційного синдрому в поєднанні з ймовірним синдромом параспецифічної реакції, без ознак ураження туберкульозом, насамперед легень, лімфатичних вузлів і за показаннями інших органів на тлі як мінімум одного (МБТ+) або двох (віраж туберкулінових проб + позитивний ефект у відповідь на антимікобактеріальну терапію) із п'яти критеріїв етіологічного підтвердження туберкульозу, можна виставляти діагноз: туберкульоз неуточної локалізації у поєднанні з ВІЛ-інфекцією.

Таблиця. Клінічні ознаки виявлення та діагностування ТБНУЛ у ВІЛ-інфікованих дітей та дорослих

Підтвердження на рівні	Ознаки виявлення та критерії діагностики ТБНУЛ	Методи виявлення та діагностики
Виявлення	Інтотоксикаційний синдром (лихоманка, схуднення, анорексія, пітливість, слабкість) протягом мінімум 3 тиж	З'ясування анамнезу, скарг, термометрія, визначення маси тіла
Виявлення	Ймовірність синдрому ПСР у вигляді загальних (лихоманко-септичний стан, підвищена ШОЕ) і/або місцевих виявів (органих, зокрема периферійна лімфаденопатія, вузлувата еритема шкіри, блефарит, кератокон'юнктивіт, серозит, артропатія у вигляді ревматоїдного артриту Понсе)	Анамнез, фізичні, лабораторні, променеві, ендоскопічні, Гіст.–
Виявлення	Відсутність ураження туберкульозом, насамперед легень і лімфатичних вузлів, та за показами інших органів при їх обстеженні	Анамнез, фізичні, лабораторні, променеві, ендоскопічні, Гіст.–
Виявлення	У ВІЛ-інфікованих на тлі антиретровірусної терапії (АРТ) позитивна динаміка показників СД4 і вірусного навантаження, а також негативна динаміка із загостренням туберкульозу у вигляді синдрому відновлення імунної системи (СВІС), переважно при СД4 < 200 клітин в 1 мм <sup>3</sup>	Анамнез, фізичні, лабораторні, променеві, ендоскопічні
Діагностування	Етіологічне підтвердження туберкульозу: МБТ+; віраж туберкулінових проб; позитивний результат від застосування антимікобактеріальної терапії – регресія ІС та ймовірної ПСР, а також на тлі АРТ позитивна динаміка показників СД4 і ВН; поєднання: 1.1; 1.1 + 1.2; 1.1 + 1.3; 1.2 + 1.3; 1.1 + 1.2 + 1.3	Мікробіологічні, проба Манту, адекватна АМБТ, АРТ

УДК 616-07:616.24

## Коморбидність у больных с хронической обструктивной болезнью легких

**С.В. Писаренко, Д.П. Кондрачки**

Институт фтизиопневмологии имени Кирилла Драганюка, Кишинев, Республика Молдова

E-mail: imsp.ifp.md@gmail.com

**Актуальность.** Сосуществование болезней в научной литературе описывают как коморбидные (полиморбидные) заболевания или состояния.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) часто сочетается с другими заболеваниями, которые могут существенно ухудшить прогноз. Некоторые заболевания развиваются независимо от ХОБЛ, другие имеют причинную связь с ХОБЛ: либо заболевания имеют общие факторы риска, либо одно заболевание увеличивает риск развития другого. Возможно, некоторые характерные черты ХОБЛ, такие как системное воспаление, встречаются и при других заболеваниях, и в таком случае данный механизм позволяет объяснить связь между ХОБЛ и некоторыми сопутствующими заболеваниями.

Количество сочетанных заболеваний существенно повышается с возрастом. Коморбидность увеличивается с 10 % у пациентов в возрасте, не превышающем 19 лет, до 80 % у лиц 80 лет и старше.

Коморбидность широко представлена у больных, госпитализированных в стационары.

**Цель работы** — изучить коморбидность при хронической обструктивной болезни легких у больных разных возрастных групп.

**Методы исследования.** Проведен анализ историй болезней 208 больных с ХОБЛ, обследованных и пролеченных в специализированной клинике. Диагноз ХОБЛ устанавливали в соответствии с критериями GOLD. Распределяли больных по возрастным группам согласно рекомендациям ВОЗ. Для объективной оценки коморбидного фона использовали показатель, выраженный в баллах.

**Результаты.** Среди больных с ХОБЛ мужчин было 173, женщин — 35, соотношение 5 : 1. Лиц среднего возраста было 43,3 %, пожилых — 43,3 % и стариков — 13,4 %. С увеличением возраста утяжелялось течение ХОБЛ. Так, в среднем возрасте преобладали больные с

ХОБЛ II и III стадий (соответственно 40 и 45,9 %). У пациентов пожилого и старческого возраста чаще выявляли ХОБЛ III и IV стадий (62,2 и 26,7 %). Группы стариков составляли больные с ХОБЛ тяжелого и крайне тяжелого течения (78,6 и 21,4 %). С утяжелением ХОБЛ росло количество сопутствующих заболеваний, достигшее при IV стадии ХОБЛ значения «5,3». Наиболее часто ХОБЛ сопутствовали гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, депрессия, хронический гепатит, сахарный диабет, остеопороз.

Можно предположить, что причинами коморбидности у больных с ХОБЛ были единый патогенетический механизм нескольких болезней, временная причинно-следственная связь между болезнями, одна болезнь как осложнение другой. Влиять на развитие коморбидности могли хроническая инфекция, воспаление, инволютивные и системные метаболические изменения и др.

Взаимодействие возраста, заболеваний и лекарственного патоморфоза значительно изменяет клиническую картину и течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшает качество жизни больного, ограничивает или затрудняет лечебно-диагностический процесс.

Лечение пожилых и стариков с ХОБЛ сопряжено с вынужденной полипрагмазией, которая зависела от тяжести ХОБЛ. Так, больным с IV стадией болезни назначали препараты в среднем 12 фармакологических групп. Применение большого количества медикаментов, особенно у больных пожилого и старческого возраста, повышало вероятность развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов.

Приверженность больных с ХОБЛ к лечению снижалась с возрастом, что объяснялось возрастными когнитивными нарушениями, коморбидностью, действием медикаментов и др.