

УДК: 616-002.5:616.98.578.828 (477.61)

© Пустовий Ю.Г., Баранова В.В., Роєнко Г.М., Скібіна І.Е., 2013

## АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇХ ЛІКУВАННЯ У ЛУГАНСЬКИЙ ОБЛАСТІ

Пустовий Ю.Г., Баранова В.В., \*Роєнко Г.М., \*Скібіна І.Е.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»; \*ДЗ «Луганський обласний протитуберкульозний диспансер»

ВІЛ – інфекція продовжує посідати провідне місце серед проблем охорони здоров'я багатьох країн світу. На сьогодні Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) характеризують ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу у світі як пандемію, що має катастрофічні наслідки для всіх країн. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Співдружності Незалежних Держав [1]. Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції поступово зростають. У 2011 р. в Україні офіційно зареєстровано 21177 нових випадків ВІЛ-інфекції, захворюваність на ВІЛ-інфекцію досягла 46,2 на 100тис. населення [2].

Туберкульоз як хронічне захворювання залишається важливою національною та міжнародною проблемою, яка зберігає актуальність на теперішній час. Важливими питаннями фізіатрії є розповсюдженість мультирезистентного та ВІЛ-асоційованого туберкульозу. На тлі дефіциту імунного стану туберкульоз набуває особливо несприятливий перебіг, часто реєструються міліарний туберкульоз та генералізовані форми із прогресуючим ураженням органів. Встановлено наступна закономірність – чим більш виразний імунодефіцит та зменшена кількість клітин CD 4+лімфоцитів у хворого тим частіше зустрічаються позалегеневі форми туберкульозу [3-5, 6].

Доказано, що ризик виникнення туберкульозу значно підвищений вже у перший рік після сероконверсії до ВІЛ [7]. Туберкульоз може розвинути на будь-якій стадії ВІЛ, при будь-якій кількості CD 4 лімфоцитів, у порівнянні із іншими опортуністськими інфекціями. Так більш ніж 50% випадків туберкульозу виникають у пацієнтів із кількістю CD 4 менше 200 кл/мкл [8].

Поєднання ВІЛ-інфекції та туберкульозу характеризується багатоплановістю клінічних проявів (легеневих та позалегеневих), що мають тенденцію до генералізації специфічного процесу. За даними аутопсійних досліджень у хворих 4-ї клінічної стадії СНІДу жодного випадку не реєструвалося із ізольованим ураженням легень [4].

За період реалізації II регіональної програми протидії туберкульозу в Луганській області (2006 – 2011р.р.) на тлі скорочення захворюваності на 28,5% та смертності від туберкульозу на 27,1% реєструється зріст більш ніж у 3 рази ко-інфекції (туберкульозу та ВІЛ – інфекції) та смертності серед цього контингенту хворих. В області майже четверта частина територій мають у структурі серед вперше захворівши від 10 % до 40 % випадків ВІЛ асоційованого туберкульозу. Зафіксоване повільне накопичення кількості хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, у тому числі із множинною локалізацією туберкульозного запалення, що у подальшому може негативно відобразитися на динаміці смертності серед даного контингенту пацієнтів.

**Метою роботи** було проаналізувати час виявлення туберкульозу у хворих на ВІЛ-інфекцію, розповсюдженість туберкульозного процесу при асоціації із ВІЛ-інфекцією та ефективність лікування цієї категорії хворих.

Нами було проаналізовано 74 історії хвороби пацієнтів які перебували на лікуванні у Луганському обласному протитуберкульозному диспансері у спеціалізованому відділенні для лікування хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз із множинною локалізацією у 2012 році.

Серед хворих переважали чоловіки у двох третях випадків (66,1%), жінок було зафіксовано у 33,9% випадків. Тобто співвідношення по гендерному показнику склало 3:1, що в значній мірі відрізняється від співвідношення (5:1) при ізольованому легеневому туберкульозі.

Аналогічне співвідношення реєструвалося при аналізованні місця мешкання хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз: сільських мешканців зафіксовано в два ризи менше (38,1%) ніж мешканців міст області (61,9%).

За віком переважали молоді особи як серед чоловіків так і серед жінок, та у 90,4% випадків хворі на ВІЛ-асоційований туберкульоз були віком 25-49 років, тобто у найбільш працездатний та репродуктивний період життя (таблиця 1).

Таблиця 1.

Вік	стать	показники	
18-24 років	чоловіки	1,6%	} 90,4%
	жінки	-	
25-49 років	чоловіки	58,1%	
	жінки	32,3%	
50 р. та більш	чоловіки	6,4%	
	жінки	1,6%	

Серед хворих даної категорії в тричі більше було непрацюючих пацієнтів (75,4%) ніж осіб що мали постійне офіційне місце працевлаштування (24,3%), що підкреслює відсутність соціального захисту цієї групи хворих.

При виявленні туберкульозу у більшості випадках (60%) хворі раніше були зареєстровані на обліку у інфекціоніста із ВІЛ-інфекцією більш ніж 3 роки, і тільки у 40% випадків ВІЛ-інфекція була виявлена одночасно із реєстрацією тубер-

кульозу у протитуберкульозному закладі. У більшості випадків пацієнтам призначалася антиретровірусна терапія (АРТ) на 4-8 тижні з дня призначення протитуберкульозного лікування.

Серед хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз переважали пацієнти із вперше діагностованим туберкульозом (75,7%), у тричі рідше реєстру-

валися особи із рецидивом туберкульозу (13,5%) та у поодиноких випадках (4,0%) було зареєстровано мультирезистентний туберкульоз у ІV категорії.

За локалізацією туберкульозу переважали випадки із множиною локалізацією, рідше випадки із легеневою та ізольованою позалегеневою локалізацією туберкульозу (таблиця 2).

Таблиця 2.

№ п/п	Локалізація	Показники
1.	<i>Легеневі форми, в т. ч.:</i>	43,9%
	вогнищевий	28,0%
	інфільтративний	24,0%
	дисемінований	44,0%
	фібрознокавернозний	4,0%
2.	<i>Множина локалізація: легень та позалегенева, в т.ч.:</i>	50,9%
	туберкульоз центральної нервової системи	24,0%
	туберкульоз кишок	14,0%
	туберкульоз плеври	6,9%
	туберкульоз бронхів	3,4%
	туберкульоз лімфатичних вузлів (периферійних та внутрішньо грудних)	3,4%
	туберкульоз нирок та сечових шляхів	14,0%
3.	<i>ізолюваний позалегеновий туберкульоз</i>	5,2%

Найчастіше серед позалегеневої локалізації переважають ураження нервової системи та практично однаково часто реєструвався туберкульоз кишок та нирок і сечових шляхів.

При дослідженні вірусного навантаження у

хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз звертає увагу що показники були гіршими у пацієнтів із рецидивом туберкульозу, що зумовлює гірший прогноз на виліковування цієї категорії хворих (таблиця 3).

Таблиця 3.

№ п/п	Результати дослідження	категорії хворих	
		ВДТБ	РТБ
1.	вірусне навантаження	134288,0+6300,2	144191,8+1371,6
2.	% випадків із призначеною АРТ	90,5%	85,0%

Крім того, кількості CD 4+лімфоцитів серед хворих на рецидив туберкульозу була нижчою ніж серед пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом. Не всі хворі отримували АРТ. У поодиноких (6,8%) випадках АРТ не призначалася із-за наявності вираженого інтоксикаційного синдрому та тяжких супутніх захворювань, у тому числі наявність одночасно вірусного гепатиту В і С. Іноді (у 8,2% випадках) самі хворі не були прихильні до

проведення АРТ та відмовлялися від призначених ліків. При підведенні ефективності лікування серед пацієнтів із ВІЛ-асоційованим туберкульозом було зареєстровано, що кожний третій пацієнт перервав лікування. Причини переривання лікування – самовільний ухід із відділення та відмова від лікування при неадекватному оцінюванні тяжкості свого стану при сполученні двох захворювань ВІЛ-інфекції та туберкульозу (таблиця 4).

Таблиця 4.

№ п/п	показники	
1.	завершили інтенсивну фазу лікування	56,2%
	абацілювання за посівом	41,8%
	загоєння порожнини розпаду	25,3%
2.	перервали лікування	30,0%
3.	померли	13,7%

Більше половини хворих завершили інтенсивну фазу лікування (56,2%) але ефективність лікування була низькою: абацілювання у 41,8% випадків та загоєння порожнин розпаду лише у кожного четвертого хворого (25,3%). Серед померлих найбільш вагомим фактором який обтяжував лікуван-

ня було їх пізнє виявлення, у 70% випадків смерть реєструвалася до місяця лікування. Тобто їх госпіталізація була вже у термінальній стадії розвитку туберкульозної інфекції із вираженою кахексією пацієнтів на тлі інтоксикаційного синдрому та прогресуванні ВІЛ-інфекції (таблиця 5).

Таблиця 5.

№ п/п	Показники	
1	смерть до місяця лікування	70% (19 ліжко/днів)
2	середнє перебування померлих	38,5 ліжко/днів
4	рівень вірусного навантаження	більш 10 млн. копій/мл.
5	множинна локалізація туберкульозу	100%
6	отримували антиретровірусну терапію	80%

Звертає на себе увагу що показники вірусної завантажки перевищували 10 млн. копій, на тлі низького показника рівня CD 4+лімфоцитів (102+11,8 кл./мл), що вказує на прогресування

кл./мл), що вказує на прогресування ВІЛ-інфекції, у поодиноких випадках (13,5%) середня кількість CD4+лімфоцитів була нижчою ніж 50 кл./мл. Та-

кож вагомим чинником смерті була множина локалізація туберкульозу, у деяких випадків реєструвалася міліарний туберкульоз легень із ураженням ЦНС, кишок, у виразковій формі, який ускладнюється перфорацією та розвитком туберкульозного перитоніту.

Таким чином у 90,4% випадків хворі на ВІЛ-асоційований туберкульоз були віком 25-49 років. Більша половина хворих (60%) на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ більше 3 років знаходилися під наглядом інфекціоніста із ВІЛ-інфекцією та у 40% випадків туберкульоз та ВІЛ-інфекція була виявлена одночасно при госпіталізації у протитуберкульозний диспансер. В 5 раз частіше пацієнти реєструвалися із вперше діагностованим туберкульозом на тлі ВІЛ-інфекції (75,7%) ніж із рецидивами туберкульозу (13,5%).

За розповсюдженістю туберкульозного ураження серед ВІЛ-інфікованих переважила множина локалізація специфічного процесу. Серед хворих які закінчили інтенсивну фазу лікування у стаціонарі реєструвалася низька ефективність лікування (абацілювання 41,8%, загоснення порожнин розпаду – 25,3%) за рахунок інших опортуністських захворювань у цієї категорії хворих. Найбільш ваговою причиною серед смерті було пізнє звернення хворих за допомогою, у 70% випадків смерть реєструвалася до місяця лікування, тобто їх госпіталізація була вже у термінальній стадії розвитку туберкульозної інфекції на тлі прогресуванні ВІЛ-інфекції.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. **Низова Н.Н.** партнерство України з Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією як чинник зміцнення ролі держави у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2012. - № 3 (10). - С.6-12
2. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція і Україні». ДУ «Український Центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України!» – 2012. - № 37.
3. **Зозуляк В.І., Пилипенко І.І.** Виявлення у хворих ко-інфекції туберкульозу і ВІЛ/СНІДу на до госпітального етапу// Туберкульоз,легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2011. - № 2 (05). – С.92-96.
4. **Истомина С.А., Бурятинский В.Н., Коваль Г.В.** Особенности течения туберкулезной инфекции у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом (по материалам аутопсийных ис-

- следований) // Туберкульоз,легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2011. - № 2 (05). – С. 29-31.
5. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу/ Под редю проф. **Ю.Н.Левашова, проф. Ю.М. Репина** – СПб: ЭЛБИ – СПб, 2008. – 543 с.
6. **Николаева О.Д.** Внелегочной туберкулез у ВИЧ – инфицированных. // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2012. - № 3 (10). – С. 75 – 78.
7. How son after infection with HIV does the risk of tuberculosis start to increase? A retrospective cohort study in South Africa gold miners / **Sonnenberg P., Glynn J.R., Fielding K [et al.]** // J.Infect.Dis. – 2005 – Vol. 191. – Н.150-158.
8. Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area / **Badri M., Ehrlich R., Wood R. [et al.]**// J.Tuberc. Lung Dis. – 2001. – Vol. 5. – P. 225-232.

**Пустовий Ю.Г., Баранова В.В., Ронко Г.М., Скібіна І.Е.** Аналіз розповсюдженості туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб та ефективність їх лікування у Луганській області // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 93-95.

**Метою роботи** було проаналізувати час виявлення туберкульозу у хворих на ВІЛ-інфекцію, розповсюдженість туберкульозного процесу при асоціації із ВІЛ-інфекцією та ефективність лікування цієї категорії хворих.

Було проаналізовано 74 історії хвороби пацієнтів які перебували на лікуванні у Луганському протитуберкульозному диспансері у спеціалізованому відділенні для лікування хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз із множиною локалізацією у 2012 році.

По даним аналізу виявлено, що у 90,4% випадків хворі на ВІЛ-асоційований туберкульоз були віком 25-49 років. Більша половина хворих (60%) на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ більше 3 років знаходилися під наглядом інфекціоніста із ВІЛ-інфекцією та у 40% випадків туберкульоз та ВІЛ-інфекція була виявлена одночасно при госпіталізації у протитуберкульозний диспансер. В 5 раз частіше пацієнти реєструвалися із вперше діагностованим туберкульозом на тлі ВІ-інфекції (75,7%) ніж із рецидивами туберкульозу (13,5%). За розповсюдженістю туберкульозного ураження серед ВІЛ-інфікованих переважила множина локалізація специфічного процесу. Серед хворих які закінчили інтенсивну фазу у стаціонарі реєструвалася низька ефективність лікування (абацілювання 41,8%, загоснення порожнин розпаду – 25,3%) за рахунок інших опортуністських захворювань у цієї категорії хворих. Найбільш вагомим фактором серед померлих було їх несвоєчасне виявлення. У 70% випадків смерть реєструвалася до місяця лікування, тобто їх госпіталізація була вже у термінальній стадії розвитку туберкульозної інфекції на тлі прогресуванні ВІЛ-інфекції.

**Ключові слова:** ВІЛ-асоційований туберкульоз, ефективність лікування

**Пустовой Ю.Г., Баранова В.В., Ронко Г.М., Скибина И.Э.** Анализ распространения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц и их эффективности лечения в Луганской области // Украинский медицинский альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 93-95.

**Целью работы** было проанализировать время возникновения туберкулеза у лиц с ВИЧ-инфекцией, распространенность туберкулезной инфекции при сочетании туберкулеза и ВИЧ-инфекции и эффективность лечения среди данной категории больных.

Было проанализировано 74 истории болезней пациентов которые находились на лечении в Луганском противотуберкулезном диспансере в отделении для лечения больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в 2012 году.

При проведенном анализе было выявлено, что в 90,4% случаях пациенты были в возрасте 25-49 лет. Большая половина больных (60%) ранее наблюдались у инфекциониста более 3 лет до выявления у них туберкулеза и в 40% случаях туберкулез и ВИЧ-инфекция регистрировались одновременно при госпитализации в противотуберкулезный диспансер. Среди пациентов преобладали лица с впервые диагностированным туберкулезом (75,7%), чем с его рецидивом (13,5%). По распространенности туберкулезного воспаления преобладали лица с множественной локализацией специфического процесса. Среди больных, которые закончили интенсивную фазу регистрировалась низкая эффективность лечения (абациллирование – 41,8%, рубцевание полостей распада – 25,3%), за счет других опортуністических заболеваний у этой категории больных. Наиболее важной причиной смерти пациентов было их позднее обращение за медицинской помощью. В 70% случаях смерть регистрировалась до месяца лечения, то есть их госпитализация была уже в терминальной стадии развития туберкулезной инфекции на фоне прогрессирующей ВИЧ-инфекции.

**Ключевые слова:** ВИЧ-ассоциированный туберкулез, эффективность лечения.

**Roostovyy Yu.G., Baranova V.V., Roienko H.N., Skibina I.E.** Analysis the prevalence of TB infection at the combined TB and HIV infection, and the effectiveness of treatment of these patients // Украинский медицинский альманах. – 2013. – Том 16, № 1. – С. 93-95.

The aim was to analyze the time of occurrence of tuberculosis in people with HIV infection, the prevalence of TB infection at the combined TB and HIV infection, and the effectiveness of treatment of these patients. We have analyzed the medical histories of 74 patients who were treated in Lugansk region dispensary in the department for the treatment of patients with HIV-associated tuberculosis in 2012. During the analysis, it was found that in 90,4% of cases, the patients were aged 25-49. More than half of patients (60%) had previously been observed by the infectionist for more 3 years to identify the tuberculosis and in 40% of cases tuberculosis and HIV infection were registered simultaneously with the admission to the TB clinic. Among the patients the people with newly diagnosed tuberculosis predominated (75,7%) over the people with its relapse (13,5%). As the prevalence of tuberculosis inflammation, people with multiple localization of a specific process predominated. Among the patients who have completed the intensive phase of treatment low efficiency was registered (stopping of bacterioexcretion – 41,8%, scarring of cavities – 25,3%), on account of other opportunistic infections in these patients. The most important cause of the deceased patients was their late detection, in 70% of cases the death was revealed up to a month of treatment, that is, their hospitalization was already in a terminal stage of tuberculosis infection against the background of advanced HIV infection.

**Key words:** HIV-associated tuberculosis, treatment efficiency.

Надійшла: 20.11.2012 р.  
Рецензент: проф. І.В.Лоскутова