

© Максумова Д. К., Хакимова Р. А., Мамарасулова Д. З., Ботирова Б. Т., Абдуллаев М. Б.

УДК: 616.71-007.234-053.

**Максумова Д. К., Хакимова Р. А., Мамарасулова Д. З.,
Ботирова Б. Т., Абдуллаев М. Б.**

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА РАННИХ И ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ»

Андижанский Государственный медицинский институт
(г. Андижан, Республика Узбекистан)

jovohir99@mail.ru

Работа является фрагментом научной темы, № государственной регистрации 01910010339.

Вступление. По данным Европейского центра эпидемиологического мониторинга ВИЧ-инфекции, туберкулез является наиболее частым СПИД-индикаторным заболеванием. Так, в Восточной Европе более 50% случаев туберкулеза регистрируется у пациентов с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции течение туберкулеза практически не отличается от лиц без ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-инфекция на «поздних» стадиях заболевания (стадии 4Б, 4В и 5) является самым серьезным из факторов риска развития туберкулеза у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ). Ежегодно количество больных доживших до поздних стадий ВИЧ-инфекции увеличивается на 2-3%, а более 50% таких пациентов в России умирают от туберкулеза [2,3].

Известно, что туберкулез на стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции (стадии 4Б, 4В, 5) характеризуется остро-прогрессирующим течением и склонностью к генерализации, не редко с одновременно множественным поражением внеторакальных локализаций [3].

Клиническая картина болезни у данной категории больных, может обуславливаться не только туберкулезом, но и сочетанием или оппортунистическими заболеваниями [5]. Эти особенности существенно затрудняют диагностику и дифференциальную диагностику туберкулеза, что является причиной неадекватного лечения и часто приводит к летальному исходу [1,3,5].

У ВИЧ-инфицированных (в стадии болезни 4Б, 4В, 5), легочные симптомы практически не выражены, в виду резких изменений в морфологии туберкулеза, рентгенологическая картина также отличается от классического проявления болезни, отсутствуют распады в легком, обнаруживаются изменения в корне легкого и интерстициальная пневмония, отсутствие микобактерий в мокроте затрудняет значительно дифференциальную диагностику туберкулеза от оппортунистических инфекций [2].

Цель исследования – изучить клиническую симптоматику и особенности течения туберкулеза на разных стадиях ВИЧ инфекции.

Объект и методы исследования. Все больные после установления ВИЧ статуса были обследованы

рентгенологически и направлены на консультацию фтизиатра при подозрении на туберкулез. Некоторые пациенты, находящиеся на учете в СПИД центре при очередном профилактическом флюорографическом исследовании и выявлении патологии в легких направлены на до обследование в противотуберкулезный диспансер. У всех пациентов результаты анализа мокроты на БК были отрицательными. Выборочно, некоторых больных направляли для выявления туберкулеза ускоренным методом на аппарате GeneXpert. При наличии показаний больным проводили лабораторную диагностику оппортунистических инфекций и туберкулез (методом ИФА «АТ-ТУБ-БЕСТ-стрип» (производитель – ЗАО «Вектор-Бест», аналогичные стрипы для определения цитомегаловирусов, вируса простого герпеса, а также кандид и аспергилл). Также обязательно всем больным проведено УЗИ органов брюшной полости.

Проанализировано 102 истории болезни, ВИЧ-инфицированных детей, госпитализированных в областной противотуберкулезный диспансер для диагностики и лечения туберкулеза. В процессе до обследования у 15 пациентов на основании анамнеза, рентгенологических данных, ИФА диагностика с туберкулезным антигеном и иммуноглобулинами в стандартном разведении 1:100, а также 1:50 и 1:10 (в связи с тем, что у ВИЧ-инфицированных детей выработка антител значительно снижена), позволило исключить туберкулез.

Результаты исследования и их обсуждение.

Среди обследованных детей с подтвержденным туберкулезом преобладали мальчики – 60 (70%), преобладали жители села – 61 (71%). У основной массы пациентов туберкулез выявлен при обследовании, после установленного ВИЧ-статуса 70; и у 16 в процессе наблюдения в СПИД центре (срок наблюдения составил 2 года у 8, 3 года – у 6; 4 года у – 2).

У 70 больных после установленного ВИЧ-статуса при флюорографическом исследовании возникло подозрение на туберкулез легких, в связи с чем, они направлены на до обследование в противотуберкулезный диспансер. У 10 процесс в легких выявлен, по обращаемости в связи с имеющимися легочными симптомами.

Анализ распределения процесса по клиническим формам установил следующее: среди обследованных, с подтвержденным туберкулезом прева-

лировал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов у 70 (81,4%), диссеминированный туберкулез наблюдался у 9 (10,4%), плеврит у 7 (8%).

Изучение течения туберкулезного процесса у обследованных пациентов выявило, что среди больных туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов у 20% установлена малая форма бронхоаденита, 24% туморозный и 56% инфильтративный бронхоаденит. Соответственно, у 80% больных клиническое течение было острым с высокой температурой, выраженным интоксикационным синдромом и мучительным, приступообразным кашлем, а также снижением массы тела.

У больных малой формой бронхоаденита клинических симптомов почти не было, они выявлены при прохождении профилактической флюорографии.

У больных, с диагнозом диссеминированный туберкулез, состояние было тяжелым, выраженный интоксикационный синдром, высокая лихорадка, потливость, прогрессирующее похудание. Это те лица, у которых туберкулез развился через 2-3 года, после выявления ВИЧа и 6 пациентов имевших контакт с больным туберкулезом родственниками.

Экссудативный плеврит, в основном 5 выявлен, через 2-4 года после выявления ВИЧа, процесс протекал с выраженной симптоматикой: повышением температуры, интоксикацией, одышкой, ухудшением самочувствия больного.

При поступлении в стационар у 33 (38,4%) больных состояние было расценено как тяжелое, у 28 (32,6%) – средней степени тяжести и у 25 (29,0%) – удовлетворительное.

После установления диагноза туберкулез, при клиническом обследовании и УЗИ у 51,1% (n=44) больных выявлено увеличение печени, причем у 32 также было диагностировано увеличение и селезенки.

В зависимости от выраженности снижения количества CD4-лимфоцитов на момент госпитализации пациенты были разделены на 3 группы:

I группу составили 16 пациентов (18,6%), у которых количество CD4-лимфоцитов было < 200 клеток/мкл; II группу – 56 (65,1%) – CD4-лимфоциты >200 до 350 клеток/мкл. III группа число CD4-лимфоцитов было > 350 до 500 клеток/мкл 14(16,3%) больных. Среди больных I группы входили 9 больных диссеминированным и 17 туморозной формой бронхоаденита, тяжесть состояния усугублялась одним или несколькими тяжелыми вторичными заболеваниями (у 6 орофарингеальный кандидоз, у 17 ЦМВ-инфекцией, у 3 аспергиллез, а также у 14 пациентов наблюдалось сочетание кандидоз и ЦМВ инфекция).

Выводы

Таким образом, у ВИЧ-инфицированных детей с незначительным снижением уровня CD4-лимфоцитов туберкулез протекал без осложнений, туберкулез же, выявленный по обращаемости, а также у пациентов имеющих контакт с больными, характеризовался резким снижением иммунитета, кроме того, присоединение вторичных болезней в свою очередь усугубляет течение обеих инфекций. При установлении ВИЧ-статуса необходимо тщательно обследовать на туберкулез и регулярно проводить флюорографическое исследование и консультацию фтизиатра, особенно на 2-4 годах от момента выявления, кратность исследований необходимо решать на основании содержания CD4-лимфоцитов.

Перспективы дальнейших исследований

В перспективе планируется изучить различные методы диагностики для выявления туберкулеза на ранних, и особенно на поздних фазах ВИЧ инфекции, разработать алгоритм обнаружения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Литература

1. Васильева Т.Е. Легочная патология у больных ВИЧ-инфекцией / Т.Е. Васильева, Н.Г. Литвинова, В.И. Шагильдян // Терапевтический архив. 2007. – № 11. – С. 31-35.
2. Зимина В.Н. Генерализованный туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией на стадии вторичных заболеваний / В.Н. Зимина, А.В. Кравченко, Ф.А. Батыров, И.А. Васильева, М.В. Тошевилов, Р.В. Мальцев // Инфекционные болезни. – 2010. – Т. 8., 3. – С. 5-8.
3. Корнилова З.Х. Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией / З.Х. Корнилова, И.В. Луконина, Л.П. Алексеева // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 3. С. 3-9.
4. Туберкулез и ВИЧ-инфекция: Ведение больных с коинфекцией – клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2013 г.) // Всемирная организация здравоохранения. – 2013. – 52 с.
5. Ruiz-Navarro M.D. Effects of HIV status and other variables on the outcome of tuberculosis treatment in Spain.; Grupo de Trabajo del PMIT-2 / Ruiz- M.D. Navarro, J.A. Espinosa, M.J. Hernandez // Arch. Bronconeumol. – 2005. – 41 (7). – P. 363.

УДК: 616.71-007.234-053.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ НА РАННІХ І ПІЗНІХ СТАДІЯХ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Максимова Д. К., Хакімова Р. А., Мамарасулова Д. З., Ботірова Б. Т., Абдуллаєв М. Б.

Резюме. Проаналізовано 102 історії хвороби, ВІЛ-інфікованих дітей, госпіталізованих до обласного протитуберкульозного диспансеру для діагностики та лікування туберкульозу. У 86 туберкульоз був підтверджений.

До групи з 16 пацієнтів з вмістом CD4-лімфоцитів <200 клітин/мкл; входило 9 хворих дисемінованим і 17 пухлинною формою бронхоаденіту, тяжкість стану ускладнювалась одним або декількома важкими вторинними захворюваннями (у 6 орофарингальний кандидоз, у 17 ЦМВ-інфекцією, у 3 аспергілез, а також у 14 пацієнтів спостерігалось поєднання кандидозу та цитомегаловірусної інфекції).

У ВІЛ-інфікованих дітей з незначним зниженням рівня CD4-лімфоцитів перебіг туберкульозу відбувався без ускладнень, а туберкульоз, який виявився при зверненні, а також у пацієнтів, які мають контакт з хворими, характеризувався різким зниженням імунітету, крім того приєднання вторинних хвороб у свою чергу посилює перебіг обох інфекцій. При встановленні ВІЛ-статусу необхідно ретельно обстежувати на туберкульоз та регулярно проводити флюорографічне дослідження і консультацію фтизіатра, особливо на 2-4 роках від моменту виявлення, кратність досліджень необхідно визначати на підставі вмісту CD4-лімфоцитів.

Ключові слова: туберкульоз легень, ВІЛ-інфекція, клінічний перебіг, методи дослідження (ИФА; GeneXpert; посіви на апараті Bactec 960), опортуністична інфекція.

УДК: 616.71-007.234-053.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА РАННИХ И ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Максумова Д. К., Хакимова Р. А., Мамарасулова Д. З., Ботирова Б. Т., Абдуллаев М. Б.

Резюме. Проанализировано 102 истории болезни, ВИЧ-инфицированных детей, госпитализированных в областной противотуберкулезный диспансер для диагностики и лечения туберкулеза. У 86 туберкулез был подтвержден.

В группу из 16 пациентов с содержанием CD4-лимфоцитов < 200 клеток/мкл; входило 9 больных диссеминированным и 17 опухолевидной формой бронхоаденита, тяжесть состояния усугублялась одним или несколькими тяжелыми вторичными заболеваниями (у 6 орофарингеальный кандидоз, у 17 ЦМВ-инфекцией, у 3 аспергиллез, а также у 14 пациентов наблюдалось сочетание кандидоза и цитомегаловирусной инфекции).

У ВИЧ-инфицированных детей с незначительным снижением уровня CD4-лимфоцитов туберкулез протекал без осложнений, туберкулез же, выявленный по обращаемости, а также у пациентов имеющих контакт с больными, характеризовался резким снижением иммунитета, кроме того присоединение вторичных болезней в свою очередь усугубляет течение обеих инфекций. При установлении ВИЧ-статуса необходимо тщательно обследовать на туберкулез и регулярно проводить флюорографическое исследование и консультацию фтизиатра, особенно на 2-4 годах от момента выявления, кратность исследований необходимо решать на основании содержания CD4-лимфоцитов.

Ключевые слова: туберкулез легких, ВИЧ-инфекция, клиническое течение, методы исследования (ИФА; GeneXpert; посеви на аппарате Bactec 960), опортуністическая инфекция.

UDC: 616.71-007.234-053.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF PULMONARY TUBERCULOSIS AT EARLY AND LATE STAGES OF HIV INFECTION

Maksumova D. K., Hakimova R. A., Mamarasulova D. Z., Botirova B. T., Abdullayev M. B.

Abstract. According to the European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV infection, tuberculosis is the most common AIDS-defining illness. So, is registered in patients with newly diagnosed HIV infection in Eastern Europe for more than 50% of cases of tuberculosis. In the early stages of HIV infection for tuberculosis does not differ from those without HIV infection.

HIV infection is on the "late" stages of the disease (stage 4B, 4C and 5) is the most serious risk factor for the development of tuberculosis in individuals infected with Mycobacterium tuberculosis (MTB). Every year the number of patients who survived to the later stages of HIV infection increased by 2-3%, and more than 50% of patients in Russia die from TB. It is well known that tuberculosis is on the stage of secondary diseases of HIV infection (stage 4B, 4C, 5) characterized acutely progressive course and a tendency to generalize, not infrequently with multiple lesions simultaneously extrathoracic localizations.

The clinical picture of the disease in this group of patients could be due not only tuberculosis, but also a combination or opportunistic diseases. These features significantly complicate diagnosis and differential diagnosis of tuberculosis, which is a cause of inadequate treatment and often leads to death.

Objective: to study the clinical symptoms and characteristics of tuberculosis at different stages of HIV infection.

All patients after the establishment of HIV status were examined radiographically and sent for consultation phthisiatrician for suspected tuberculosis. Some patients who are registered in AIDS center at the next prophylactic fluorography study and identify pathology in the lungs to focus on examination at TB hospital. In all patients, the result of sputum analysis BC were negative. Selectively, some patients were sent for detection of tuberculosis accelerated method on GeneXpert machine. Where indicated, the patients underwent laboratory diagnosis of opportunistic infections and tuberculosis (ELISA "AT-TUBES-BEST Strip" (manufacturer - JSC "Vector-Best", similar strips for the determination of cytomegalovirus, herpes simplex virus and Candida and Aspergillus. Analyzed 102 stories disease, HIV-infected children hospitalized in the regional TB hospital for diagnosis and treatment of tuberculosis.

Results and discussion: children – 60 (70%) prevailed among the surveyed children with confirmed TB, the villagers prevailed – 61 (71%). In the bulk of TB patients identified in the survey, after a set of HIV status 70; and 16 in the process of observation in the AIDS center (follow-up of 2 years at 8, 3 years – at 6; 4 years y 2).

Analysis of the distribution of the clinical forms of the process established the following: among surveyed, with confirmed tuberculosis prevailed tuberculosis of intrathoracic lymph nodes in 70 (81.4%), disseminated tuberculosis was observed in 9 (10.4%), pleural effusion in 7 (8%). The study of the flow of tubercular process in the exam-

ined patients showed that among patients with tuberculosis of intrathoracic lymph nodes in 20% of installed small form bronhoadenita, 24% and 56% tumorozny infiltrative bronhoadenit. Accordingly, 80% of patients had acute clinical course with high fever, severe intoxication syndrome and painful, paroxysmal cough, and weight loss.

Conclusions

Thus, in HIV-infected children with a slight decrease in CD4 lymphocyte levels tuberculosis proceeded without complications, tuberculosis as identified by the uptake, as well as in patients who have contact with patients, was characterized by a sharp decline in immunity, in addition, the accession of secondary diseases, in turn, aggravates during both infections. In determining the HIV status should be carefully evaluated for tuberculosis and regularly fluorography research and consultation phthisiatrician, especially for 2-4 years from the time of detection, the multiplicity of the investigations must be addressed on the basis of the content of CD4-lymphocytes.

Keywords: tuberculosis, HIV infection, clinical course, research methods (IFA, method on GeneXpert machine, crops on Bactec 960 machine), opportunistic infections.

*Рецензент – проф. Ярешко В. Г.
Стаття надійшла 22.03.2016 року*