

А. П. Заяц

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ CD4 + Т-ЛИМФОЦИТОВ.

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Бондаренко В.Н., ассист. Левченко К.В.

*Кафедра фтизиопульмонологии с курсом ФПКиП
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель*

Актуальность. Актуальность исследования состоит в том, что пандемия инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) открыла новую эру преваляирования возбудителей медленных инфекций как основного фактора заболеваемости и смертности. Наиболее опасной инфекцией является туберкулез (ТБ) [4]. Сочетание ВИЧ и ТБ характеризуется своеобразным течением заболевания с наличием как легочных, так и внелегочных поражений, и тенденции к генерализации процесса [2, 3]. Для Республики Беларусь проблема ТБ у ВИЧ-инфицированных пациентов является чрезвычайно актуальной. Несмотря на положительную динамику заболеваемости ТБ, наблюдается тенденция повышения заболеваемости ВИЧ-ассоциированным ТБ (от 4,3 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 6,1 на 100 тыс. населения в 2017 г [1]).

Цель: Целью исследования является выявление различий в течении ВИЧ-ассоциированного туберкулеза между пациентами с содержанием CD4+ Т-лимфоцитов в крови более 200 клеток/мкл, и, соответственно, менее 200 клеток/мкл.

Материалы и методы. Ретроспективно были изучены 60 историй болезни пациентов, страдающих ВИЧ-ассоциированным туберкулезом. Из них 29 человек имело на момент лечения в стационаре более 200 клеток/мкл CD4+ Т-лимфоцитов (далее - первая группа), а 31- менее 200 клеток/мкл (далее - вторая группа). Оценивались такие критерии, как половозрастной состав, социальные и медицинские факторы риска, клиничко-рентгенологическая характеристика туберкулеза, данные лабораторных исследований. Диагноз ТБ у 100% пациентов подтвержден различными методами идентификации возбудителя ТБ. Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0». Данные представлены как $M \pm m$. Для оценки частот признаков между группами использовался точный критерий Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования выявлено, что в первой группе средний возраст пациентов составлял $41,0 \pm 5,3$ лет, работу не имели 65,5% исследованных. Впервые выявленных пациентов с ТБ было 19 человек (65,5%). Средняя длительность течения туберкулеза в данной группе составляла $38,9 \pm 14,9$ месяцев, а ВИЧ-инфекции - $87,4 \pm 15,9$ месяцев. В стационаре проведено в среднем $92,7 \pm 29,0$ дня. В данной группе 3-я стадия ВИЧ-инфекции диагностирована у 86,2%, а 4-я - у 13,8%. При этом антиретровирусная (АРТ) - терапия проводилась у 86,2% исследуемых.

Во второй группе средний возраст пациентов составлял $45 \pm 6,1$ лет, работу не имели 90,3 % пациентов. Пациенты с впервые диагностированным ТБ - 25 (80,6%) человек ($p=0,13$). Средняя длительность течения туберкулеза составила $27,5 \pm 6,9$ месяцев, а ВИЧ-инфекции - $77,4 \pm 20,0$ месяцев. В стационаре проведено в среднем

108,9±31,0 дня. ВИЧ-инфекция находилась на 3 стадии у 54,8%, на 4-ой - у 45,2% исследованных. АРТ-терапия проводилась у 64,2%.

Таким образом, исследуемые пациенты в обеих группах статистически не отличались по возрасту, длительности туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В настоящее время характерен высокий уровень охвата пациентов АРТ терапией ($p=0,07$).

Далее представлены данные о частоте встречаемости основных жалоб, предъявляемых пациентами при поступлении (таблица 1):

Табл. 1 – Жалобы пациентов с ВИЧ-ассоциированным ТБ

Жалобы	CD4 + более 200 клеток/мкл N (%)	CD4 + менее 200 клеток/мкл N (%)	Точный критерий Фишера, P
слабость	10 (34,5%)	15 (48,4%)	0,3
лихорадка	6 (20,7%)	15 (48,4%)	0,032*
похудание	9 (31,0%)	16 (51,6%)	0,12
боли в груди	3 (10,3%)	6 (19,4%)	0,47
одышка	5 (17,2%)	5 (16,1%)	1,0
кашель с мокротой	8 (27,6%)	8 (25,8%)	1,0
дефицит массы тела	10 (34,5%)	17 (54,8%)	0,12

Примечание: * - $p < 0,05$.

Таким образом, клиническое течение ТБ у пациентов обеих групп характеризовалось острым началом и выраженной клиникой с преобладанием интоксикационного синдрома.

Что касается объема поражения легких, то у исследуемых лиц первой группы частота встречаемости поражения до двух сегментов- 21,0%, до доли- 34,5%, одного легкого- 3,5%, обоих легких- 41,4%. Поражение внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) встречается в 6,9%. Во второй группе частота встречаемости поражения до двух сегментов- 6,5% ($p=0,13$), до доли- 16,1% ($p=0,13$), одного легкого- 3,2% ($p=0,9$), обоих легких- 74,2% ($p=0,01$). Поражение ВГЛУ- 29,0% случаев ($p=0,04$). При этом очаги деструкции встречаются в первой группе с частотой 37,9%, во второй- 45,2% случаев ($p=0,61$).

В первой группе течение туберкулеза осложнялось туберкулезным менингитом в 3,5% случаев, а туберкулезным плевритом - в 2 (6,9%) случаях. Во второй группе туберкулезный менингит развился в 3,2%, туберкулезный плеврит - в 9 случаях (29,0%), что статистически значимо выше ($p= 0,04$).

Как видно, у пациентов второй группы отмечается статистически значимый более высокий удельный вес поражения обоих легких, осложненный поражением ВГЛУ и плевры. Структура клинических форм ТБ представлена в таблице 2:

Табл. 2. Структура клинико-рентгенологических форм ВИЧ-ассоциированного ТБ

Форма туберкулеза	CD4+ более 200 клеток/мкл (N, %)	CD4+ менее 200 клеток/мкл(N, %)	Точный критерий Фишера, P
Очаговый	3 (10,3%)	1 (3,2%)	0,35
Инфильтративный	16 (55,2%)	14 (45,2%)	0,6

Диссеминированный	6 (20,7%)	7 (22,6%)	1,0
Милиарный	1 (3,5%)	2 (6,5%)	1,0
Фиброзно-кавернозный	1 (3,5%)	0 (0%)	0,48
Туберкулезный плеврит	0 (0%)	2 (6,5%)	0,49
ТВГЛУ	1 (3,5%)	7 (22,6%)	0,053
Туберкулома	1 (3,5%)	1 (3,2%)	0,48
Генерализованный	6 (20,6%)	13 (41,9%)	0,09

Выводы.

1. Клиническое течение ВИЧ – ассоциированного туберкулеза характеризуется выраженной симптоматикой с преобладанием интоксикационного синдрома.

2. В структуре клинических форм преобладают двусторонние распространенные процессы с сопутствующим поражением плевры и внутригрудных лимфатических узлов.

3. Не выявлено изменения структуры клинико-рентгенологических форм туберкулеза при снижении CD4+ Т-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл.

Литература

1. Бедрицкая Н.А., Дубина М.А. Анализ заболеваемости туберкулезом населения Республики Беларусь (2012–2017 гг.) // Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века = Sakharov readings 2018 : environmental problems of the XXI century : материалы 18-й международной научной конференции, 17–18 мая 2018 г., г. Минск, Республика Беларусь : в 3 ч. / Междунар. гос. экол. ин-т им. А. Д. Сахарова Бел. гос. ун-та; редкол. : А. Н. Батян [и др.] ; под ред. д-ра ф.-м. н., проф. С. А. Маскевича, д-ра с.-х. н., проф. С. С. Позняка. – Минск : ИВЦ Минфина. 2018. Ч. 1. С. 207-208.

2. Корж Е.В. Клинико-морфологические характеристики туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных лиц // Университетская клиника. 2016. Т. 12. № 3. С. 30-32.

3. Мишин В.Ю. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных больных // Справочник поликлинического врача. 2010. № 7. С. 15-18.

4. Global tuberculosis report 2018 // WHO/HTM/TB/2018.20. - Geneva, World Health Organization. 2018. 265 P.