

УДК: 616.24-002.5-06-008-097-085

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

Н.А. Мацегора, С.О. Полякова, О.М. Леоненко-Бродецька

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПОШИРНОСТІ ТА ДЕЯКИХ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КО-ІНФЕКЦІЙ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ (за 2011-2014 роки)

Одеський національний медичний університет

Вступ. У багатьох областях України останніми роками має місце значне зниження ефективності лікування туберкульозу легень, провідною причиною чого рахується збільшення випадків хіміорезистентних форм туберкульозу (ХРТБ), що досягають 25-30% від захворюваності.

Мета. На підставі ретроспективного аналізу вивчити поширеність та сучасні епідеміологічні особливості формування ХРТБ у сполученні зі СНІДом, вірусним гепатитом С (ВГС) та ко-інфекцією СНІД/ВГС, з'ясувати подальші напрямки досліджень з метою підвищення ефективності ранньої діагностики, своєчасного адекватного лікування та покращення прогнозу даного контингенту хворих.

Матеріали та методи. Для дослідження використані методи ретроспективного аналізу 263 медичних карток хворих на ХРТБ.

Результати. Серед обстежених 263 хворих 135 пацієнтів (51,3%) мали тільки ХРТБ, 76 (28,9%) – ХРТБ/ВІЛ/СНІД, 32 (12,2%) – ХРТБ/ВГС, 14 (5,3%) – ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС, 3 (1,15%) – ХРТБ/ВГВ та 3 (1,15%) – ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС+В. В останні роки серед хворих на ХРТБ та його поєднання з ВГС та ВІЛ/СНІД позначилась тенденція до збільшення питомої ваги жінок та мешканців міста, первинної стійкості мікобактерій туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів (ПТП); значно зросла кількість дисемінованих форм; показник наявності деструкції легеневої тканини наближається до 100,0% у хворих на ХРТБ та ко-інфекції. Незалежно від ко-інфекцій, основне навантаження від ПТП лягає на сечовивідну та гепатобіліарну системи; частіше переривали лікування хворі на потрійну інфекцію ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС. Поєднання лікарської стійкості МБТ, ВІЛ/СНІД та ВГС визначають якісно новий стан хворих на ТБ. Важливою та невирішеною задачею є оптимізація терапевтичного підходу до змішаної інфекційної патології: ХРТБ, ВІЛ/СНІД та ВГС, тому що це поєднання призводить до взаємного обтяжування протікання кожного із захворювань. Для підвищення резистентності організму хворих в боротьбі з цією епідемією ко-інфекцій, є доцільним підвищення кваліфікації лікарів-фтизіатрів з питань супутньої соматичної патології.

Ключові слова: хіміорезистентний туберкульоз, ко-інфекції, епідеміологічні особливості.

Вступ. Туберкульоз, який, згідно з оцінками ВООЗ, протягом декількох десятиліть відносився до контрольованих інфекцій, у наш час є загрозою в глобальному масштабі [1, 2]. У багатьох областях України має місце значне зниження ефективності лікування [3], що в більшості випадків пояснюється збільшенням в структурі захворюваності ХРТБ. Проблемами лікування ХРТБ є складність та тривалість схем хіміотерапії; потреба в інтенсивному моніторингу клініко-рентгенологічних параметрів і результатів лікування [4]. Несприятливі результати терапії й переривання лікування є підставою для

збільшення резервуара туберкульозної інфекції, що вимагає прогнозування їх виникнення для розробки заходів протидії [5]. Все це визначає необхідність детального вивчення епідеміологічних факторів виникнення ХРТБ легень як один із пріоритетних напрямків сучасної фтизіатрії.

На сьогоднішній день однією з головних причин епідемії ХРТБ є сприятливі умови для селекції лікарсько-стійких МБТ: відсутність повноцінного контролю за лікуванням, відривки від лікування, неякісні протитуберкульозні препарати, погана ізоляція хворих та наявність дизрегуляторних станів і коморбідної патології у хворих на ХРТБ [6], що ускладнює перебіг туберкульозу, знижує відновлювальну спроможність організму, впливає на погіршення результатів лікування. Таким чином, успішне рішення головного завдання фтизіатрії – лікування хворих – можливо лише за умов проведення ретельного аналізу епідеміологічних факторів ризику розвитку не тільки ХРТБ, але й дизрегуляторних станів і коморбідної патології при ньому, що сприятиме диференційованому та більш якісному підходу в боротьбі зі збудником туберкульозу, зменшенню невдач у лікуванні.

Мета. На підставі ретроспективного аналізу вивчити поширеність та сучасні епідеміологічні особливості формування ХРТБ у сполученні зі СНІДом, ВГС та ко-інфекцією СНІД/ВГС, з'ясувати подальші напрямки досліджень з метою підвищення ефективності ранньої діагностики, своєчасного адекватного лікування та покращення прогнозу даного контингенту хворих.

Матеріали та методи. Для дослідження використані методи ретроспективного аналізу 263 медичних карток хворих на ХРТБ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в КУ «Одеська обласна туберкульозна клінічна лікарня» в період 2011-2014 роки. Встановлення діагнозу та призначення лікування хворим здійснювались у відповідності з "Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги хворим «Туберкульоз»" № 1091 від 21.12.2012 року. Матеріали були оброблені методами варіаційної статистики.

Результати та їх обговорення. Серед обстежених 263 хворих 135 пацієнтів (51,3%) мали тільки ХРТБ легень, 76 (28,9%) – ХРТБ/ВІЛ/СНІД, 32 (12,2%) – ХРТБ/ВГС, 14 (5,3%) – ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС, 3 (1,15%) – ХРТБ/ВГВ та 3 (1,15%) – ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС+В. Вже давно відомий той факт, що на туберкульоз частіше хворіють чоловіки [7], що підтверджується в наших дослідженнях, тобто, в групах з ХРТБ, ХРТБ/ВІЛ/СНІД та особливо з ХРТБ/ВГС. Але, як не дивно, хворі на потрійну інфекцію не підлягають цій аксіомі, оскільки серед них переважно більшість склали жінки. За статеву ознакою хворі розподілилися таким чином: усього жінок серед пацієнтів з ХРТБ було 46 (34,1%), чоловіків – 89 (65,9%); серед пацієнтів з ХРТБ/ВІЛ/СНІД – 34 (44,7%) та 42 (55,3%) відповідно; серед хворих на ХРТБ/ВГС – жінок – 1 (3,1%), чоловіків – 31 (96,9%); серед пацієнтів з ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС – 6 (42,9%) та 8 (57,1%) відповідно.

У роботах багатьох дослідників попередніх років було встановлено, що на ТБ хворіють переважно мешканці села (з різноманітних причин) [7]. Наше дослідження показало, що за останні 3 роки ця тенденція доречно змінилася – хворіють в основному мешканці міста. Більш того, чим тяжча ко-інфекція, тим більший відсоток мешканців міста. Мешканцями міста були 77 пацієнтів (57,0%) з ХРТБ, 53 (69,7%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД, 23 (71,8%) - з ХРТБ/

ВГС та 13 (92,9%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС. Наступний показник – сімейний стан хворих. Тут зберігається загально прийняте правило – серед хворих на ХРТБ та ко-інфекції хворіють переважно пацієнти без родини. Родину мали 58 пацієнтів (43,0%) з ХРТБ, 20 (26,3%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД, 8 (25,0%) - з ХРТБ/ВГС та 4 (28,6%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС. Переважаюча більшість ін'єкційних наркоманів спостерігалася в групі з потрійною інфекцією, а за кількістю колишніх в'язнів лідирує група з ХРТБ/ВГС. Споживачів наркотичних речовин серед хворих на ХРТБ не було, але 10 (7,4%) з них в анамнезі мали перебування в місцях позбавлення волі (МПВ); серед хворих на ХРТБ/ВІЛ/СНІД було 27 (35,5%) наркоманів та 11 (14,5%) були в МПВ; серед хворих на ХРТБ/ВГС було 9 (28,1%) наркоманів, з яких 10 (31,3%) були в МПВ; серед хворих на ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС було 9 (64,3%) наркоманів та 4 (28,6%) були у МПВ.

За останні роки намітилась тенденція щодо збільшення частки саме первинної стійкості МБТ до ПТП, що й підтверджується хворими на ХРТБ, ХРТБ/ВІЛ/СНІД та потрійну інфекцію. А серед хворих на ХРТБ/ВГС, як не дивно, спостерігається 100,0% вторинна стійкість. Згідно з видом стійкості МБТ пацієнти розподілились наступним чином: первинна стійкість була у 58 (43,0%) хворих з ХРТБ, у 33 (43,4%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД, у 10 (31,3%) - з ХРТБ/ВГС та у 7 (50,0%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС; вторинна стійкість була у 77 (57,0%) хворих з ХРТБ, у 43 (56,6%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД, у 22 (68,7%) - з ХРТБ/ВГС та у 7 (50,0%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС. Що стосується клінічних форм туберкульозу, у всіх групах хворих відмічається приблизно однакова питома вага інфільтративних та дисемінованих форм, а туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів переважно зустрічається у хворих на потрійну інфекцію (табл. 1), що не суперечить даним літератури.

Таблиця 1

Розподіл хворих за наявністю клінічних форм туберкульозу

Клінічні форми ТБ	ХРТБ	ХРТБ/ВІЛ/СНІД	ХРТБ/ВГС	ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС
Вогнищевий ТБ	3 (2,2 %)	0	0	1 (7,1 %)
Інфільтративний ТБ	64 (47,4 %)	25 (32,9%)	18 (56,3 %)	5 (35,8 %)
Дисемінований ТБ	63 (46,7 %)	46 (60,6 %)	13 (40,6 %)	7 (50,0 %)
Фіброзно-кавернозний ТБ	5 (3,7 %)	2 (2,6 %)	1 (3,1 %)	0
Циротичний ТБ	0	1 (2,3 %)	0	0
ТБ в/гр. л/вузлів	0	1 (2,3 %)	0	1 (7,1 %)
ТБ периф. л/вузлів	0	1 (2,3 %)	0	0

Майже у всіх досліджуваних групах показник наявності деструкції легеневої тканини наближається до 100,0%, виняток складають хворі на потрійну інфекцію. Це пояснюється тим, що за наявності СНІДу та ВГС туберкульозний процес більше поширюється у всьому організмі, ніж поглиблюється в одному органі з розвитком деструкції. Деструкції в легеневої тканині спостерігались у 129 хворих (95,6%) з ХРТБ, у 61 (80,3%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД, у всіх 32 (100,0%) - з ХРТБ/ВГС та у 10 (71,4%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС. Серед усіх груп хворі на потрійну інфекцію гірше переносять

ФТИЗИАТРИЯ І ПУЛЬМОНОЛОГІЯ

протитуберкульозну терапію, що й не виявляється дивним, враховуючи що антимікобактеріальні препарати діють на попередньо вже скомпрометовані багатьма факторами внутрішні органи. Погану переносимість ПТП відзначали 21 хворий (15,6%) з ХРТБ, 12 (15,8%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД, 4 (12,5%) - з ХРТБ/ВГС та 5 (35,7%) - з ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС.

Внутрішні органи хворих на ХРТБ в поєднанні з конфекціями страждають від впливу різноманітних факторів: інфекційно-токсико-алергічного, ятрогенного, генетичної схильності того чи іншого органу до виникнення патології. Сукупність перелічених факторів визначає, який орган чи система органів стане «слабкою ланкою». Крім того, нами виявлено, що близько 84,6% хворих (не залежно від виду ко-інфекції), мають проблеми з нирками та близько 60,8% - проблеми з печінкою; останнє переважно стосується хворих на ХРТБ/ВГС. Тобто, серед обстежених нами хворих основне навантаження лягло на сечовивідну та гепатобіліарну системи. В процесі протитуберкульозного лікування серед хворих на ХРТБ з'явилися або погіршилися патологічні прояви з боку нирок у 99 (73,3%) пацієнтів, патологічні прояви з боку печінки – у 82 (60,7%) пацієнтів; серед хворих на ХРТБ/ВІЛ/СНІД - у 62 (81,6%) та у 35 (46,1%) пацієнтів; серед хворих на ХРТБ/ВГС - у 29 (90,6%) та у 23 (71,9%) пацієнтів; серед хворих на ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС - у 13 (92,9%) та у 9 (64,3%) пацієнтів відповідно. Ми з'ясували, що найбільш високий відсоток ефективного лікування показали хворі на моноінфекцію – ХРТБ, що співпадає з даними інших дослідників [3]. Частіше за всіх переривали лікування з різноманітних причин хворі на потрійну інфекцію, що потребує додаткової уваги з боку лікарів-фтизіатрів та інфекціоністів відносно уточнення причин цього й вироблення вагомої мотивації для продовження лікування ними. Розподіл хворих за ефективністю лікування туберкульозу наведений у табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих за ефективністю лікування туберкульозу

Клінічні форми ТБ	ХРТБ	ХРТБ/ВІЛ/СНІД	ХРТБ/ВГС	ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС
Ефективне лікування	79 (58,5 %)	30 (39,5 %)	13 (40,6 %)	7 (50,0 %)
Частково ефективне лікування	13 (9,6 %)	11 (14,5 %)	6 (18,8 %)	2 (14,3 %)
Неефективне лікування	11 (8,1 %)	6 (7,9 %)	1 (3,1 %)	1 (7,1 %)
Перерва лікування	32 (23,8 %)	27 (35,5 %)	12 (37,5 %)	4 (28,6 %)

Висновки. Серед обстежених 263 хворих 135 пацієнтів (51,3%) мали тільки ХРТБ, 76 (28,9%) – ХРТБ/ВІЛ/СНІД, 32 (12,2%) – ХРТБ/ВГС, 14 (5,3%) – ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС, 3 (1,15%) – ХРТБ/ВГВ та 3 пацієнти (1,15%) – ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС+В. В останні роки серед хворих на ХРТБ та його поєднання з ВГС та ВІЛ/СНІД намітилась тенденція до збільшення питомої ваги жінок та мешканців міста, первинної стійкості МБТ до ПТП; значно виросла кількість дисемінованих форм, у той час, як нещодавно лідував інфільтративний

ТБ. У хворих на ХРТБ та ко-інфекції показник наявності деструкції легеневої тканини наближається до 100,0%; незалежно від ко-інфекцій, основне навантаження від ПТП лягає на сечовивідну та гепатобіліарну системи, у зв'язку із чим частіше переривали лікування хворі на потрійну інфекцію ХРТБ/ВІЛ/СНІД/ВГС. Поєднання лікарської стійкості МБТ, ВІЛ/СНІД та ВГС визначають якісно новий стан хворих на ТБ. Важливою та невирішеною задачею є оптимізація терапевтичного підходу до змішаної інфекційної патології: ХРТБ, ВІЛ/СНІД та ВГС, тому що це поєднання призводить до взаємного обтяжування протікання кожного із захворювань. Для підвищення резистентності організму хворих у боротьбі з епідемією ко-інфекцій, яка вражає суспільство, є доцільним підвищення кваліфікації лікарів-фтизіатрів у вивченні супутньої соматичної патології. Адже до кого звертаються хворі на туберкульоз та хто їх лікує від артеріальної гіпертензії, виразкової хвороби, ендокринних та інших захворювань – звичайно, фтизіатр.

Література

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2013. – Geneva, Switzerland, 2013.
2. Фещенко, Ю. І. Інформаційний бюлетень до Всесвітнього та Всеукраїнського дня боротьби з туберкульозом - 24 березня 2015 року «Реформування охорони здоров'я та протитуберкульозної служби в Україні - актуальне завдання сьогодення» / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич / <http://www.ifp.kiev.ua/doc/news/daytub2015.pdf>
3. Мельник, В. М. Експертна оцінка організації лікування хворих на хіміо-резистентний туберкульоз / В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. Г. Матусевич // Укр. пульмон. журнал. – 2014. - № 3. – С. 8-11.
4. Фещенко, Ю. І. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги хворим «Туберкульоз»: особливості його підготовки та чим відрізняється від попередніх клінічних протоколів. / Ю. І. Фещенко, С. О. Черенько, А. І. Барбова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. - № 2 (13). – С. 8-18.
5. Богородская, Е. М. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии. Пособие для врачей / Е. М. Богородская, И. Д. Данилова, О. Б. Ломакина // М. - 2006. 44 с.
6. Loddenkemper, R. Drug-Resistant Tuberculosis. A Worldwide Epidemic Poses a New Challenge / R. Loddenkemper, B. Hauer // Dtsch Arztebl Int. 2010. - Vol. 107 (1-2).-P. 10-19.
7. Фещенко, Ю. І. Основи клінічної фтизіатрії – у 2-х томах. / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, І. Г. Ільницький. - Київ-Львів, 2007. - 1174 с.

Н. А. Мацегора, С. А. Полякова, О. М. Леоненко-Бродецкая
Ретроспективный анализ распространенности и
некоторых эпидемиологических особенностей
ко-инфекций у больных химиорезистентным
туберкулезом в Одесской области (за 2011-2014 года)

Одесский национальный медицинский университет

Введение. Во многих областях Украины в последние годы имеет место значительное снижение эффективности лечения туберкулеза легких, основной

причиною чого вважається збільшення випадків хіміорезистентних форм туберкульозу (ХРТБ), досягаючих 25-30% от захворюваності.

Цель. На основанні ретроспективного аналізу вивчити поширеність і сучасні епідеміологічні особливості формування ХРТБ в поєднанні з СПИДом, вірусним гепатитом С (ВГС) і ко-інфекцією СПИД/ВГС, вивчити далішні напрямки досліджень з метою підвищення ефективності ранньої діагностики, своєчасного адекватного лікування і покращення прогнозу даного контингенту хворих.

Матеріали і методи. Для дослідження використані методи ретроспективного аналізу 263 медичних карт хворих ХРТБ.

Результати. Серед обстежених 263 хворих 135 пацієнтів (51,3%) мали тільки ХРТБ, 76 (28,9%) – ХРТБ/ВІЧ/СПИД, 32 (12,2%) – ХРТБ/ВГС, 14 (5,3%) – ХРТБ/ВІЧ/СПИД/ВГС, 3 (1,15%) – ХРТБ/ВГВ і 3 (1,15%) – ХРТБ/ВІЧ/СПИД/ВГС+В. В останні роки серед хворих з ХРТБ і його поєднанням з ВГС і ВІЧ/СПИД відзначається тенденція до збільшення удельного ваги жінок і жителів міста, первинної стійкості мікобактерій туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів (ПТП); значно зросло кількість дисемінованих форм; показник наявності деструкції легочної тканини наближається до 100,0% у хворих з ХРТБ і ко-інфекціями. Незалежно від ко-інфекції, основна навантаження від ПТП лягає на мочовиводячу і гепатобіліарну системи; частіше переривали лікування хворі з трійною інфекцією ХРТБ/ВІЧ/СПИД/ВГС. Поєднання лікарської стійкості МБТ, ВІЧ/СПИД і ВГС визначають якості нове стан хворих туберкульозом. Нерешеною залишається оптимізація терапевтичного підходу до сумішної інфекційної патології: ХРТБ, ВІЧ/СПИД і ВГС, тому що це поєднання призводить до взаємному ослабленню протікання кожного з захворювань. Для підвищення резистентності організму хворих у боротьбі з цією епідемією ко-інфекцій, вважається цілорозумним підвищення кваліфікації лікарів-фтизіатрів з питань супутньої соматичної патології.

Ключові слова: хіміорезистентний туберкульоз, ко-інфекції, епідеміологічні особливості.

N. Matsehora, S. Poliakova, O. Leonenko-Brodetska

Retrospective analysis of prevalence and some epidemiologic features of co-infections in patients with drug resistant tuberculosis in Odessa oblast (2011-2014)

Odessa State Medical University

Introduction. In many areas of Ukraine the considerable decline in efficiency of pulmonary tuberculosis treatment has been taking place over the last years. The principal reason for such a situation is an increase in the incidence of drug resistant tuberculosis (DRTB) accounting for 25-30 % of total TB morbidity.

Aim. On the basis of retrospective analysis, to study prevalence and modern epidemiologic features of DRTB occurrence in combination with HIV, viral hepatitis C (VHC) and HIV/VHC co-infection; to find out further directions of research with the purpose to increase efficiency of early diagnostics, timely adequate treatment and improvement of prognosis of this contingent of patients.

Materials and methods. Retrospective analysis of 263 medical cases of DRTB patients was conducted.

Results. 135 individuals out of 263 DRTB patients were found to have only DRTB (51.3%), 76 (28.9%) - DRTB/HIV, 32 (12.2%) - DRTB/VHC, 14 (5.3%) - DRTB/HIV/VHC, 3 (1.15%) - DRTB/VHB and 3 (1.15%) - DRTB/HIV/VHC+B. Over the last years

among DRTB patients and those ones with concomitant VHC and HIV/AIDS there is a marked tendency to an increase in the number of women and habitants of city, primary drug resistance of mycobacterium of tuberculosis (MBT); there is seen a considerable growth in the number of the disseminated forms; the index of pulmonary tissue destruction presence is approaching 100.0 % in patients with DRTB and co-infections. Regardless of co-infection, the basic loading from anti-tuberculosis agents is on the urinary and hepato-biliary systems; more often patients discontinue treatment in the cases of triple DRTB/HIV/VHC infection. Combination of MBT drug resistance, HIV and VHC determines a qualitatively new state of patients with tuberculosis. Of great importance is optimization of the therapeutic approach to the mixed infectious pathology as such co-infections results in the mutual burdening of each disease course. To increase the effectiveness of fighting against this epidemic of co-infections, advance in-plant training of phthisiologists in issues related to concomitant somatic pathology is advisable.

Key words: drug resistance tuberculosis, co-infections, epidemiology features.

Відомості про авторів:

Мацегора Ніна Анатоліївна - д.мед.н., професор, зав. кафедри фтизіопульмонології ОНМедУ. Адреса: 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.

Полякова Світлана Олександрівна - к.мед.н., асистент кафедри фтизіопульмонології ОНМедУ. Адреса: 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.

Леоненко-Бродецька Оксана Михайлівна - кмед.н., асистент кафедри фтизіопульмонології ОНМедУ. Адреса: 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.

УДК 616-002.5

© О.Д.НІКОЛАЄВА, Н.А.ГРІЦОВА, 2015

О.Д.Ніколаєва, Н.А.Гріцова

ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

**Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика**

Мета. Визначення можливості верифікації діагнозу туберкульозу периферичних лімфатичних вузлів в сучасних умовах.

Матеріали і методи. Обстежені 92 ВІЛ-інфікованих хворих з наявністю звеличених лімфатичних вузлів. Серед пацієнтів у 43 (46,7 %) туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів був в поєднанні із легеневиими формами туберкульозу, у 19 (20,7 %) із туберкульозом внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, у 11 (12 %) із мезентеріальними вузлами і у 19 (20,7 %) визначили туберкульоз тільки периферичних лімфатичних вузлів. При дослідженні мокротиння на МБТ швидкими методами у хворих на легеневі форми туберкульозу із 43 хворих у 22-х отримано позитивний результат: у 16 (72,7 %) методом Gene XpertMBT/RIF, із них у 14 позитивний результат і Риф (+). У 6 хворих МБТ виявлені методом ВАСТЕС. Біопсія була проведена у 92 хворих. Гістологічне підтвердження туберкульозу при дослідженні біоптатів лімфатичних вузлів було отримано в 40(43,4%) біопсій. Позитивний результат мікроскопії було отримано у 52 хворих (56,5% від кількості біопсій). Виділена культура МБТ у – 49 (53,3%) випадків.

Висновки. У хворих із важкою стадією імунодефіциту більш інформативним методом діагностики туберкульозу виявився метод визначення КСБ в мазках-відбитках. Для підвищення достовірності діагнозу туберкульозу лімфатичних