

ISSN 2220-5071

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЕВІ ХВОРОБИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ

український науково-практичний журнал

Додаток №1 // 2013

Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю

«Медико-соціальні проблеми туберкульозу в Україні»

18–19 березня 2013 року, м. Київ

**Tuberculosis
Lung diseases
HIV infection**

ukrainian scientific
and practical journal

www.tubvil.com.ua
www.vitapol.com.ua

Фтизіатрія в програмі навчання сімейного лікаря

Phthysiology in the family doctor training

В.І. Петренко, Г.О. Тимошенко, О.Г. Андрєєва, Ю.А. Варченко

V.I. Petrenko, H.A. Timoshenko, O.H. Andreieva, Yu.A. Varchenko

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Кафедра фтизіатрії, Київ, Україна

Реформа охорони здоров'я передбачає щодо лікаря первинної медичної ланки низку нових вимог, зокрема, підвищення якості виявлення туберкульозу в закладах загальної лікувальної мережі. У НМУ ім. О.О. Богомольця готують лікарів загальної практики в інтернатурі з сімейної медицини.

Після проходження циклу «Фтизіатрія» за програмою післядипломного навчання сімейний лікар повинен знати особливості епідеміології туберкульозу, початкові клінічні вияви його первинних форм у дітей, клініку ураження органів дихання і найпоширеніші позалегенові форми. Інтерн також має володіти методами оцінки туберкулінових проб, клінічними методами діагностики різних форм туберкульозу (легеневого і позалегенового) у дітей і дорослих, методиками вакцинації і ревакцинації, проведення заходів протиепідемічної профілактики в осередку інфекції. Перелік практичних умінь передбачає надання невідкладної допомоги в разі ускладнення туберкульозу і проведення в амбулаторних умовах в обсязі першої лікарської допомоги планових лікувально-профілактичних заходів та експертизи працездатності хворих. Таким чином, у комплексі знань лікаря загальної практики, згідно з кваліфікаційною характеристикою, затвердженою в Україні, фтизіатрія посідає чільне місце, що зумовлено нинішньою епідеміологічною ситуацією з туберкульозу.

Summary. The current tuberculosis epidemic in Ukraine substantiates necessity of the list of phthysiology knowledge, abilities and practical skills for future doctors specialized as «doctor of the common practice/family doctor» to manage. ■

Окремі аспекти туберкуліно-діагностики у ВІЛ-позитивних хворих на туберкульоз легень

Some aspects of tuberculin diagnostics in HIV-positive patients with pulmonary tuberculosis

О.В. Підвербецька
O.V. Pidverbetska

Буковинський державний медичний університет
Кафедра фтизіатрії та пульмонології, Чернівці, Україна

Зниження Т-клітинного імунного захисту у ВІЛ-інфікованих значно підвищує їхню сприйнятливність до зараження мікобактеріями туберкульозу і реактивації латентної тубінфекції, а також може сприяти зниженню діагностичної цінності методів виявлення туберкульозу.

Мета роботи: визначити ефективність проби Манту у хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз залежно від кількості CD4⁺-лімфоцитів.

Матеріали та методи. Обстежено 55 хворих із уперше діагнованим туберкульозом легень: 1-ша група — 15 ВІЛ-позитивних хворих; 2-га — 40 ВІЛ-негативних. Ступінь імуносупресії у ВІЛ-інфікованих оцінювали шляхом визначення кількості CD4⁺-клітин за методом проточної цитометрії. Пробу Манту з 2 ТО вивчали через 72 год.

Результати. У хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз легень середній результат проби Манту був вірогідно меншим порівняно з результатами хворих контрольної групи — 5,6 і 11,95 мм відповідно ($p < 0,0001$). У ВІЛ-позитивних із рівнем CD4⁺-клітин до 200 кл/мкл позитивна реакція на туберкулін спостерігалася у 4,7 разу рідше, ніж у хворих з кількістю Т-хелперів понад 200 кл/мкл — 77,8 і 16,7 % відповідно ($p = 0,037$). Це свідчить про низьку діагностичну цінність проби Манту у хворих з виразним імунодефіцитом. Кореляційний аналіз (за Спірменом) засвідчив прямий тісний зв'язок між кількістю CD4⁺-клітин і ефективністю проби Манту ($r = 0,8$; $p = 0,0003$), що свідчить про зниження ефективності згаданого методу діагностики зі зменшенням кількості Т-хелперів.

Висновки. У разі вперше діагнованого туберкульозу легень, асоційованого із ВІЛ-інфекцією, спостерігається низька діагностична цінність проби Манту на стадії виразного імунодефіциту ($p < 0,05$) внаслідок туберкулінової анергії у пацієнтів із низькими показниками Т-клітинного імунітету ($CD4^+ < 200$ кл/мкл).

Summary. HIV-associated tuberculosis (TB/HIV) is the challenging problem of modern phthysiology. Reduced T-cell immune protection in HIV-infected patients increases their susceptibility to infection with *M. tuberculosis* and reactivation of latent tuberculosis infection, and reduces the diagnostic value of TB detection methods, including tuberculin skin test. ■

Лабораторні ознаки позитивного ВІЛ-статусу у хворих на туберкульоз легень

Laboratory evidences of HIV-positive status in lung TB patients

О.В. Підвербецька, Л.Д. Тодоріко, О.Я. Підвербецький

O.V. Pidverbetska, L.D. Todoriko, O.Ya. Pidverbetsky

Буковинський державний медичний університет
Кафедра фтизіатрії та пульмонології, Чернівці, Україна

Найчастішим опортуністичним захворюванням інфікованих ВІЛ є туберкульоз. За даними ЮНЕЙДС, в Україні майже дві третини ВІЛ-позитивних не знають про свій статус, а це означає, що частини хворих на туберкульоз, інфікованих ВІЛ, також не відомо про їхній статус, і лікують їх як ВІЛ-негативних.

Мета роботи: встановити лабораторні ознаки, за якими можна запідозрити ВІЛ-інфекцію у хворих на туберкульоз легень.

Матеріали та методи. Обстежено 15 ВІЛ-позитивних (1-ша група) та 40 ВІЛ-негативних (2-га група) хворих з

уперше діагностованим туберкульозом легень. Оцінювали результати загального аналізу крові.

Результати. Нормохромна анемія розвивалася у 3,2 рази частіше у ВІЛ-позитивних (80 %), ніж у ВІЛ-негативних (25 %) ($p < 0,05$). У хворих на ко-інфекцію вірогідно рідше виявляли лейкоцитоз: середня кількість лейкоцитів у пацієнтів 1-ї групи становила ($6,6 \pm 2,74$), 2-ї — ($9,35 \pm 2,78$) ($p < 0,05$). Лейкопенію виявлено у 20 %, а лімфоцитопенію у 33,3 % хворих 1-ї групи. Натомість у 46,7 % ВІЛ-позитивних пацієнтів зафіксовано нейтрофільну лейкомоїдну реакцію та значне підвищення ШОЕ: понад 20 мм/год — у 66,7 % хворих на ко-інфекцію і у 20 % пацієнтів з 2-ї групи ($p < 0,05$).

Висновки. Виявлення анемії, лейко- та лімфопенії на тлі лейкомоїдної реакції та значного підвищення ШОЕ, низького результату проби Манту за наявності вірогідних ознак туберкульозу дають підстави запідозрити ВІЛ-інфекцію.

Summary. The most common opportunistic infection in people living with HIV is tuberculosis. Just about two-thirds of HIV-positive individuals are unaware of their status, which means that some TB patients, infected with HIV, are not aware about their status and are treated as HIV-negative patients. ■

Вплив ультразвукових інгаляцій антимікобактеріальних препаратів на гемокоагуляцію у хворих на туберкульоз легень

Effect of ultrasound inhalation of anti-tuberculosis drugs on hemocoagulation in patients with pulmonary tuberculosis

В.І. Потайчук, Р.Г. Процюк, І.Е. Шехтер, В.В. Коваленко, С.В. Потайчук, В.О. Коваль
V.I. Potaichuk, R.H. Protsiuk, I.E. Shechter, V.V. Kovalenko, S.V. Potaichuk, V.O. Koval

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра фтизіатрії, Київ, Україна

З огляду на важливу роль легень у регулюванні системи згортання крові ми поставили завдання дослідити вплив інгаляцій ізоніазиду та стрептоміцину на гемокоагуляцію. 72 хворих віком від 20 до 60 років розподілено на дві групи: основну (49 хворих, яким проводили інгаляції препаратів) і контрольну (23 хворих, які не приймали інгаляцій). За клінічними формами хвороби, віком та ступенем інтоксикації групи були ідентичними.

Гемокоагуляцію досліджували з використанням венозної крові із ліктьової вени на тромбоеластографі ПКМ4-02 з урахуванням таких показників: R — константа тромбобластину, R+K — тривалість згортання крові, MA, ME — динамічні константи, t — специфічна константа коагуляції, C — біологічна константа синерезису, T — константа тотального часу коагуляції, MA/C — тромбоеластографічний показник синерезису, α° — кутова константа. Запис тромбоеластограми проводили до інгаляцій 5 % ізоніазиду (12 мл) і 0,75–1,0 стрептоміцину та через 3 і 24 год після процедур.

Через 3 год після інгаляцій збільшувалася R та зменшувалася K, що можна пояснити сповільненням утворення активного тромбобластину за утворення тромбіну. Загальна тривалість згортання крові залишалася в межах норми за рахунок скорочення взаємодії фібрину і тромбіну. Порушення у системі згортання крові після інгаляцій ізоніазиду в I і частково II фази залежали від давності та активності туберкульозного процесу і характеризувалися не тільки подовженням I фази, а й зниженням активності тромбоцитів і фібриногену.

Через 24 год після інгаляцій ізоніазиду підвищилася тромбінова активність крові K, водночас як збільшення показників t, T свідчило про незначну тенденцію до гіпокоагуляції. Згортальна активність тромбоцитів і фібриногену MA не змінювалася, збільшувався дефіцит тромбобластину і тромбіну г/с, що свідчить про сповільнення утворення активного тромбобластину і прискорення реакції між протромбіном і тромбобластином, унаслідок чого загальний час згортання не порушувався.

Summary. Analysis of the research results showed that inhalation of isoniazid and streptomycin after 3 and 24 hours caused minor not statistically significant changes in the first and second phases partially displacing blood, relying mostly on duration and activity of tuberculosis. ■

Перебіг міліарного туберкульозу в сучасних умовах

Miliary tuberculosis course in the current context

Р.Г. Процюк, В.І. Потайчук, Г.Й. Власова, Є.Р. Процюк
R.H. Protsiuk, V.I. Potaichuk, H.Y. Vlasova, E.R. Protsiuk

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра фтизіатрії, Київ, Україна

Проаналізовано клінічні вияви міліарного туберкульозу у 18 хворих (14 чоловіків та 2 жінок). Віком від 2 до 14 років було 3 пацієнти, від 16 до 36 — 15. Захворювання розпочалося гостро, з різкого погіршення стану протягом 2–4 діб у 6 хворих, у 12 протягом 1–2 міс поступово наростали симптоми до різко виразного погіршення самопочуття. У клінічній картині домінував інтоксикаційний синдром. Бронхолегеневий синдром виявлявся сухим кашлем (5 хворих) і задишкою (8 хворих).

У більшості пацієнтів встановлено помилковий діагноз: у 4 — тиф-паратиф, у 2 — пневмонію, у 3 — грип, у 2 — інфекційний мононуклеоз, у 6 — дизентерію, у 1 — гіперсенситивний васкуліт.

Під час рентгенологічного дослідження органів грудної клітки у 14 хворих виявлено зниження прозорості легеневого поля за рахунок дрібноосередкової дисемінації, додатково у 5 хворих помічено розширення кореня легень, у 2 — ексудативний плеврит. Мікобактерії туберкульозу виділено з мокротиння у 2 хворих.

У стаціонарі підтверджено діагноз міліарного туберкульозу у 14 хворих, із них у 4 був туберкульозний мєнінгіт, у 2 — туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів, у 2 — туберкульозний мезаденіт, у 2 — туберкуль-