

Дикий Богдан Миколайович, Пришляк Олександра Ярославівна,  
Грижак Ігор Гнатович, Дьоміна Наталія Миколаївна  
**ЗАЛЕЖНІСТЬ ПРОЯВІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ВІД СТУПЕНЯ  
ІМУНОДЕФІЦИТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ**  
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології,  
Івано-Франківський національний медичний університет,  
м. Івано-Франківськ, Україна

*Dykyj Bogdan Mykolayovych, Pryshlyak Alexandra Yaroslavivna,  
Hryzhak Ihor Hnatovych, Diomina Natalia Mykolayivna*  
**THE DEPENDENCE OF TUBERCULOSIS MANIFESTATIONS  
ON THE DEGREE OF IMMUNODEFICIENCY  
IN HIV-INFECTED PERSONS**  
*Department of Infectious Diseases and Epidemiology,  
Ivano-Frankivsk National Medical University,  
Ivano-Frankivsk, Ukraine*  
*E-mail: [infection@ifnmu.edu.ua](mailto:infection@ifnmu.edu.ua); Dykyj B. M.*

**Актуальність.** Ріст захворюваності на туберкульоз поряд з багатьма соціально-економічними факторами, такими як зниження рівня життя населення, збільшення числа соціально-дезадаптованих осіб, привичні інтоксикації, має в основі ще й поширення імунодефіцитного стану, спричиненого ВІЛ-інфекцією. За даними ВООЗ, у 2014 р. до 12 % нових випадків туберкульозу було зареєстровано у ВІЛ-інфікованих, а серед померлих від туберкульозу в цьому ж році 18 % склали хворі на СНІД. У цей же час, контингентам ризику, які найбільше піддаються інфікуванню туберкульозом (особи з пенітенціарних закладів, споживачі наркотичних речовин, безробітні тощо), притаманні такі поведінкові особливості, які ускладнюють раннє виявлення туберкульозу, проведення профілактичних та лікувальних заходів у повному обсязі. Особливості механізму патогенезу обидвох інфекцій та ключова роль CD4+ Т-лімфоцитів роблять ці захворювання взаємопов'язаними.

**Мета.** Вивчити особливості перебігу та клінічних форм туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб на тлі різного ступеня імунодефіциту.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням знаходилися 11 пацієнтів, в яких діагностовано ті чи інші форми туберкульозу. Середній вік хворих – 28 років, 64 % з них – чоловіки, а 36 % – жінки, 8 осіб мали залежність від опіатів, 2 отримували замісну підтримувальну терапію метадалом. Проведено рентгенологічне обстеження органів грудної клітки із комп'ютерною томографією, мікроскопію мокротиння на кислотостійку паличку та ДНК МБТ методом gene-Xpert з визначенням стійкості до рифампіцину.

**Результати дослідження.** Усім хворим з розвитком туберкульозного процесу був встановлений діагноз 4-ї стадії ВІЛ-інфекції. Крім того, зустрічалися й інші опортуністичні захворювання: рецидивний ротоглотковий та езофагеальний кандидоз, рецидивна герпетична інфекція, себорейний дерматит, тотальний оніхомікоз, хронічний гепатит С або В+С, синдром виснаження. Основними клінічними проявами туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції були астения і тривалий кашель у 8 осіб, постійна або інтермітуюча гарячка у 8 осіб, пітливість і значне зниження маси тіла у 7, збільшення лімфатичних (переважно шийних і підпахвинних) у всіх пацієнтів. Класичний легеневий туберкульоз вогнищевий або інфільтративний з локалізацією у верхніх долях легень спостерігався в 5 осіб із рівнем CD4+ Т-лімфоцити 220-470 кл/мкл крові. Бактеріовиділювачів з них було 3 (60,0 %). Призначена чотирикомпонентна протитуберкульозна терапія була ефективною – стан хворих покращувався, розсмоктування вогнищ наступало вже на першому місяці лікування.

У хворих із рівнем CD4+Т лімфоцитів менше 200 кл/мкл (6 осіб), процес у легенях локалізувався і в нижніх долях, переважали інфільтративні зміни, що рентгенологічно нагадували пневмонічне вогнище. Підозра на туберкульоз

легень виникала аж через 2-3 тижні неуспішного лікування антибіотиками широкого спектру дії. У трьох осіб внаслідок реактивації латентно перебігаючої туберкульозної інфекції наступила генералізація туберкульозу за типом міліарного процесу із ураженням мозкових оболонок і речовини мозку (2 осіб), внутрішньогрудних (2) і периферійних лімфовузлів (3), печінки і селезінки (3), очного дна (1), яєчок (1), шкіри (1), кишечника (1). Такий процес починався підгостро, прогресував швидко і перебігав з вираженою інтоксикацією. Туберкульозна терапія на цій стадії проводилася п'ятикомпонентна, проте ефект від терапії розвивався повільно, тривало утримувався гарячковий стан, виявляли стійкі до рифампіцину штами МБТ (4 особи). У двох хворих зі зниженням CD4+ Т-лімфоцитів нижче 50 кл/мкл спостерігався злоякісний блискавичний перебіг міліарного туберкульозу за типом сепсису з поліорганною недостатністю, тяжкою інтоксикацією і летальним наслідком (2). В останніх пацієнтів протитуберкульозне лікування не мало ефекту.

**Висновки.** Перебіг туберкульозу і його наслідки у ВІЛ-інфікованих осіб залежать від ступеня імунодефіциту. При рівнях CD4+ Т-лімфоцитів більше 200 клітин в мкл крові, перебіг захворювання нагадує такий у ВІЛ-негативних осіб. У разі рівня CD4+ Т-лімфоцитів менше 200 характеризується позалегеневими проявами, а при зниженні кількості клітин менше 50 – злоякісний типу міліарного процесу, з поліорганными ураженнями та несприятливим наслідком.