

Особенности клинического течения и диагностики туберкулёза у ВИЧ-инфицированных больных





- Клинические проявления туберкулёза у ВИЧ-инфицированных напрямую зависят от стадии ВИЧ-инфекции и от уровня клеточной защиты – уровня CD4 лимфоцитов.

CD4 более 350 клеток/мкл

- Начало заболевания постепенное
- Течение прогрессирующее в течение нескольких недель или месяцев
- Т тела субфебрильная, озноба нет, переносится хорошо
- Лёгкое покашливание с мокротой слизистой или слизисто-гнойной без запаха до 50 мл в сутки
- Возможно кровохарканье
- Одышка слабо выражена
- Боли в ГК часто колющие, кратковременные на высоте вдоха
- Общее состояние удовлетворительное
- ПГЛ
- Гематогенная диссеминация в паренхиматозные органы
РЕДКО



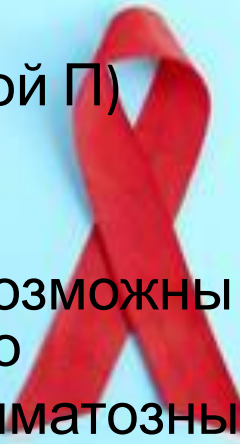
CD4 200-349 клеток/мкл

- Начало заболевания острое, постепенное
- Течение прогрессирующее в месяцах и неделях
- Т тела фебрильная или высокая с ознобами
- Кашель чаще сухой, непродуктивный может отсутствовать
- Кровохарканья нет
- Одышка имеется, слабовыраженная
- Боли в ГК редко
- Общее состояния средней степени тяжести
- Осмотр ПГЛ, выраженное похудание
- Гематогенная диссеминация в паренхиматозные органы иногда

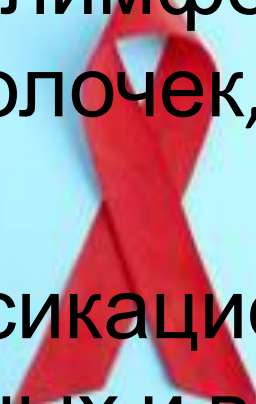


CD4 менее 200 клеток/мкл

- Начало заболевания острое
- Течение прогрессирующее в неделях
- Т тела высокая, часто без суточных колебаний, с ознобами
- Кашель чаще сухой, непродуктивный может отсутствовать
- Кровохарканья нет
- Одышка выражена (ДД с пневмоцистной П)
- Боли в ГК редко
- Общее состояние тяжелое
- Осмотр – кахексия, кандидоз с/о рта, возможны герпетические высыпания на коже и с/о
- Гематогенная диссеминация в паренхиматозные органы практически всегда

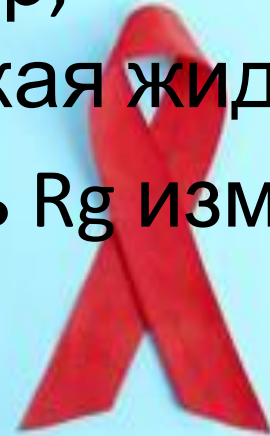


- При CD4 более 500 клеток/мкл (III субклин.ст.) ТБ протекает ТИПИЧНО.
- Атипичность появляется по мере прогрессирования иммунодефицита – склонность к поражению лимфоидной ткани (+ВГЛ), серозных оболочек, Л/Г диссеминация.
- Ведущий синдром – интоксикационный с подъемами Т до фебрильных и высоких цифр.



С нарастанием иммунодефицита:

- Уменьшается частота распада лёгочной ткани и вероятность появления МБТ в мокроте (НО + моча, ликвор, плевральная и асцитическая жидкости)
- Появляется динамичность Rg изменений



CD4 менее 200 клеток/мкл

- Картина миллиарной диссеминации, генерализации с полиорганным поражением – менингит, полисерозит, абдоминальный ТБ.



При выраженном падении клеточной защиты...

- Туберкулёзная инфекции НЕ локализуется в очаге!
- Быстрая диссеминация возбудителя
- Преобладает казеозный некроз (м/у волокнами тканей БЕЗ гранулематозной реакции)
- Обилие МБТ, вне- и внутриклеточно

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПЕРЕЖАЕТ

Rg

Генерализация ТП:

- Вовлечение 3-х и более внутренних органов, чаще: мезентериальные л/у, брюшина, кишечник, печень, селезёнка, ЦНС, перикард.
- Высокий удельный вес менингоэнцефалита (мб без головной боли и поражения ЧМН)



Острейший туберкулёзный сепсис

- Генерализованный ТБ, протекающий молниеносно с тяжелой интоксикацией с наличием во внутренних органах множественных мельчайших участков казеоза без грануляционного вала.
- CD4 менее 100 клеток/мкл
- МСКТ ОГК (субмилиарная диссеминация)
- При данном сепсисе иногда обнаруживаются МБТ в мокроте.



Диагностика

- Лихорадка более 2-х недель, потеря массы тела, ночная потливость, кашель
- ОАК, определение уровня CD4
- Микробиологические методы (мокрота, моча, ликвор, плевральная жидкость, биопсийный материал и др.)
- Молекулярно-генетические методы
- Туберкулинодиагностика, диаскинтест
- Rg ОГК
- УЗИ ОБП
- МСКТ ОГК
- Пробная ПТП



Rg картина

- Увеличение ВГЛУ (одно- или двустороннее)
- Милиарная и лимфогенная диссеминация
- Поражение плевры
- Отсутствие склонности к фиброзу
- «Интерстициальный» характер инфильтратов
- Поражение нижних и прикорневых отделов лёгких
- Быстрая динамика при контрольных обследованиях
- Отсутствие склонности к образованию сформированных полостей распада



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

