

Л. Г. Роша, М. В. Литвиненко

РЕЗУЛЬТАТИ ПОРІВНЯЛЬНОГО АНАЛІЗУ АУТОПСІЙ
ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ І НАРКОМАНІВ

Одеський державний медичний університет

Документовано, що до 1995 р. в Україні переважав статевий шлях передачі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ). Сьогодні понад 70 % інфікування ВІЛ становлять випадки зараження при ін'єкційному введенні наркотиків [1]. Переважна більшість ВІЛ-інфікованих наркоманів — люди віком від 15 до 30 років [2]. Пандемії-близнюки — наркоманія та СНІД — не можуть залишатися поза увагою, вони позначаються на здоров'ї людей у всьому світі. Швидке зростання ураження ВІЛ і захворюваність на СНІД свідчать про те, що наркомани є резервуаром цієї інфекції [3].

Метою дослідження було визначення особливостей татогенезу у зв'язку з наявністю ВІЛ-інфекції та вживання за життя наркотичних речовин.

Матеріали та методи дослідження

Впродовж 1998–2002 рр. на базі Одеського обласного патолого-анатомічного бюро (Суворовське та Північне відділення) здійснено 80 розтинів осіб, які померли в стаціонарі (29) або вдома (51) і життя яких було пов'язане зі вживанням наркотиків або з ВІЛ-інфекцією (табл. 1). Загалом переважали чоловіки — 62 (77,5 %). Вік померлих — у межах 23–65 років (табл. 2). Додамо, що у 29 випадках, коли смерть пацієнта настала в стаціонарі, цьому передувало перебування у ньому впродовж різного часу: менше доби (12 чол.), 1–3 доби (6 чол.) або понад 3 доби — 11 чол.

Усі дані, що містили протоколи патолого-анатомічних досліджень, проаналізовано із

застосуванням якісних і кількісних характеристик (згідно з метою наукового пошуку).

Результати дослідження та їх обговорення

Повертаючись до даних, поданих у табл. 1, зазначимо, що з першої групи чотири особи померли вдома, а дві — в районних лікарнях. Спектр основних захворювань, що спричинили їх смерть, має такий вигляд (все — по одному випадку): інфекційні хвороби (генералізований кандидоз і дисемінований туберкульоз), хвороби серцево-судинної системи (дилатаційна кардіоміопатія), зовнішньовнутрішній геморой, хвороби шлунково-кишкового тракту (панкреонекроз), травми та отруєння (отруєння). Таким чином, лише два випадки смерті безпосередньо пов'язані з наркоманією — отруєння та розвиток кардіоміопатії [4]. У двох випадках нар-

команія була обтяжуючим фактором, що призвів до вторинного імунодефіциту (кандидоз і туберкульоз). В інших двох спостереженнях смерть не була пов'язана з наркоманією.

Серед ускладнень, виявлених у цій групі, були: загальне виснаження (4 чол.), по одному випадку — гіпотрофія, гідроторакс, асцит, внутрішня кровотеча, перитоніт, реактивний гепатит, набряк мозку. Безпосередньою причиною смерті у двох випадках була гостра серцево-судинна недостатність і по одному випадку — тубінтоксикація, гостра легенево-серцева недостатність, токсичний шок, гостра крововтрата.

Як супровідні захворювання документовано: хронічний панкреатит і хронічний гепатит (по 3 особи), хронічний бронхіт (2 особи), гіпертонія (1 особа).

Отож, наркомани, які не були ВІЛ-інфікованими, в більшості випадків помирили вдо-

Таблиця 1

Розподіл аутопсійних спостережень, n=80

Група	Принципи розподілу	Кількість спостережень, чол.
Перша	Ін'єкційні наркомани, серонегативні щодо ВІЛ	6
Друга	ВІЛ-інфіковані особи, які не вживали наркотичних речовин за життя	8
Третя	ВІЛ-інфіковані наркомани	66

Таблиця 2

Градація аутопсійних спостережень за віком

Вікова амплітуда, роки	Кількість померлих	
	абс.	%
До 30	30	37,5
31–40	37	46,25
41–50	12	15
Понад 50	1	1,25



ма (44 %), не звертаючись по медичну допомогу, або ж зверталися по неї в термінальній фазі. Переважно причини летального кінця — соматичні хвороби (88 %); у 33 % випадків наркоманія була обтяжуючим фоном. Наголосімо, що серед супровідної патології у 50 % випадків було виявлено ураження панкреатобіліарної системи.

Пригадаймо, що до другої групи увійшли хворі, інфіковані ВІЛ, в анамнезі яких не було вказівок на вживання за життя наркотичних речовин та у яких при розтині не виявлено ознак ін'єкційної наркоманії (8 чол.). Серед них було 3 особи з ВІЛ-інфекцією у стадії СНІДу і 5 — у стадії СНІД-АК. У 5 випадках (62,5 %) хворі мали генералізовану лімфаденопатію другої стадії. Із загальним виснаженням було 6 (75 %) осіб. Вдома померло 6 чол., в обласній клінічній лікарні — двоє.

ВІЛ-інфекцію було підтверджено при дослідженні трупної крові методом імуноферментного аналізу та імуноблотингу. З 8 випадків ВІЛ-інфекції по смертно (і вперше) встановлено діагноз у 5 чол. Щодо інших спостережень, то з моменту позитивного результату дослідження на ВІЛ до смерті минуло в середньому 4 роки 8 міс.

Спектр ускладнень розподілився так: по 6 випадків туберкульозу і пневмонії, 5 — сепсису, по 4 — міокардиту та плевриту, 2 — перитоніту та по одному — генералізованого пневмоцистозу, апостематозного пієлонефриту, генералізованого кандидозу, гострого парапроктиту. За формами туберкульозу спостереження включали по одному випадку вогнищового, інфільтративного, дисемінованого, міліарного, фіброзно-кавернозного туберкульозу легень та ізольованого туберкульозу селезінки. Зауважмо, що, зокрема, у фазі дисемінації документовано 5 випадків, з ураженням внутрішньогрудних лімфовузлів — 4.

Сепсис у 4 випадках був у стадії септикопемії, а в одному — септицемії. При бактеріологічному, вірусологічному, бактеріоскопічному дослідженнях виявлені такі збудники: гриби роду кандиди — 25 випадків, МБТ — 36, кишкова паличка — 45, золотистий стафілокок — 19, протей вульгарний — 9, синьогнійна паличка — 4, клебсієла пневмонія — 3, епідермальний стафілокок — 2, по одному випадку — пневмоцисти, віруси грипу А та В і клебсієла окситока.

Структура безпосередніх причин смерті: у 3 випадках — поліорганна недостатність, у 3 — сепсис, по одному випадку — інтоксикація та гостра серцево-судинна недостатність. Серед супровідних хвороб встановлено хронічний бронхіт (3 чол.), по 2 випадки хронічного гепатиту та панкреатиту, по одному — хронічного езофагіту, холангіту, коліту, хронічної виразки стравоходу.

Отож, ВІЛ-інфіковані, які не вживали наркотиків ін'єкційним шляхом, у більшості випадків загинули у стадії СНІД-АК (62,5 %) у середньому через 4 роки 8 міс з моменту вперше встановленого діагнозу ВІЛ-інфекції. Лише двоє мали постійну роботу. Переважно ці хворі, як і наркомани першої групи, не зверталися по медичну допомогу і помирали вдома. Серед померлих у стаціонарі в одному випадку клінічно СНІД було запідозрено (3 ліжко-дні), в одному (23 ліжко-дні) — ні. Серед опортуністичних інфекцій у більшості випадків виявлено туберкульоз, бактеріально-грибкову пневмонію, сепсис. Туберкульоз у даній групі не мав особливостей, тобто задокументовано по одному випадку кожної форми, хоча у більшості осіб (62,5 %) інфекція мала ознаки дисемінації по легенях і у 50 % перебігала з туберкульозним лімфаденітом.

Третя група (ВІЛ-інфіковані наркомани) за стадіями ВІЛ-інфекції розподілилася таким

чином: СНІД-АК — 57 випадків, СНІД — 9 випадків. У 27 осіб було загальне виснаження, у 4 — гіпотрофія. Серед встановлених випадків генералізованої лімфаденопатії з 1-ю стадією — 1 чол., з 2-ю стадією — 23, з 3-ю стадією — 4. Посмертно ВІЛ-інфекція встановлена у 31 хворого, давність виявлення ВІЛ у середньому становила 3 роки 5 міс.

Стосовно ускладнень отримано такі свідчення: у 38 чол. — туберкульоз легень, у 3 — дисемінований кандидоз, у одного — грип А, у 2 — туберкульоз кишок. З усіх спостережень ВІЛ-інфекція ускладнилася сепсисом у 45 випадках, у тому числі у стадії септикопемії — 35 чол. Також серед ускладнень виявлено пневмонію (34), септичний гепатит (28), септичний нефрит (16), плеврит (9), лімфаденіт (8), післяін'єкційна флегмона (6), перитоніт (6), менінгіт (4), перикардит (4), езофагіт (4), по 3 випадки бактеріального ендокардиту, панкреатиту, панкардиту, лімфосаркоми, по 2 випадки ВІЛ-енцефаліту, та по одному — гастроентероколіту, гострого тромбофлебиту, саркоми головного мозку, раку надниркової залози, коліту, асцити. Серед безпосередніх причин смерті на першому місці документовано поліетиологічні — 17 осіб, у 16 наркоманів сепсис, у 10 — поліорганна недостатність. Були поодинокі випадки смерті від гострої серцево-судинної недостатності, ендотоксикозу, кахексії, токсико-септичного шоку, мозкової коми та геморагічного шоку.

Розподіл форм туберкульозу мав такі особливості: дисеміновані форми — 26 чол. (дисемінований — 17, міліарний — 9), фіброзно-кавернозний — 9, інфільтративний — 2, туберкулома — одна особа, туберкульоз кишок — дві. До того ж дисемінацію по легенях та внутрішніх органах виявлено у 35 випадках; внутрішньо-



грудні лімфовузли були уражені у 32, брижові — у 14 осіб. Переважали ексудативно-некротичні процеси та казеозний некроз.

Серед супровідних хвороб у 11 осіб спостерігали хронічний бронхіт, в 12 — хронічний панкреатит, по 9 — хронічний гепатит і цироз печінки, верифіковано 4 випадки хронічного пієлонефриту, 3 — хронічного гастриту. Також траплялися поодинокі випадки сифілісу, хронічного простатиту, хронічного сальпінгіту, хронічної виразки шлунка, хронічного езофагіту, хронічного холециститу, хронічної виразки дванадцятипалої кишки.

Більшість ВІЛ-інфікованих наркоманів помирають від ВІЛ-інфекції у стадії СНІД-АК (86,36 %), зазвичай із 2-ю стадією генералізованої лімфаденопатії, з різкими порушеннями обміну (виснажені). Наголосимо, що переважна більшість їх не мала постійної роботи. У половині випадків СНІДу інфікування ВІЛ було встановлено вперше посмертно. Серед інших, яких вже досліджували на наявність ВІЛ, середній проміжок часу між першим позитивним імуноблотом до смерті становив майже 4 роки. При цьому родичі або знайомі при опитуванні практично ніколи на це не вказували. Серед опортуністичних інфекцій у 56,25 % випадків виявлено туберкульоз, причому переважали дисеміновані форми (91,1 % від загальної кількості туберкульозу) з ураженням внутрішніх органів і лімфовузлів, з тенденцією до генералізації (табл. 3), що цілком відповідає літературним даним [5; 6].

Висновки

У більшості спостережень виявлено сепсис (62,5 %), причому в основному спричинений мікст-інфекцією. Хоча в цілому до даної групи увійшли молоді особи, 67,5 % з них мали хронічні хвороби, переважно травної та дихальної

систем, що в цілому відповідає опублікованим свідченням інших авторів [4].

За даними літератури [5], у таких групах переважали чоловіки (91,4 %), з домінуванням молоді. Даний контингент загалом був представлений соціально дезадаптованими особами: безробітними, наркоманами, прибулими із виправних закладів.

Отримані результати свідчать про особливості взаємного впливу ВІЛ-інфекції та наркоманії, що відтворено у порівняльній характеристиці хворих, які належать до різних груп ризику. Так, скорочення періоду латентного носійства, клініко-морфологічні особливості опортуністичних інфекцій у бік схильності до генералізації, переважання ексудативно-некротичних типів реакції — все це більш характерно для ВІЛ-інфікованих наркоманів. Щойно представлені результати принципово відповідають опублікованим раніше даним [1; 7].

При порівнянні частоти та форм туберкульозу у кожній з трьох груп бачимо, що у наркоманів без ВІЛ-інфекції причинами смерті були різноманітні хвороби, які лише частково пов'язані з наркоманією, і чіткого зв'язку між ними немає. У ВІЛ-інфікованих, які не були наркоманами, виявлялися різні форми туберкульозу, хоча у 62,5 % спостережень були ознаки генералізації процесу. Найгірше становище склалося у третій групі: усі ВІЛ-інфіковані наркомани померли від ВІЛ-інфекції у стадії СНІД-АК і СНІД, отож глибина ураження імунітету не могла не вплинути на перебіг вторинних інфекцій та інших хвороб [8].

Оскільки нами не виявлено в літературі джерел, де порівнювались би між собою подібні групи (там є лише свідчення за окремими групами), вважаємо за доцільне зробити аналітичне узагальнення. Отже, наркоманія без СНІДу посідає

Таблиця 3
Характеристика клінічних форм туберкульозу щодо загального масиву даних

Форми туберкульозу	Кількість спостережень
Вогнищевий	1
Інфільтративний	3
Туберкулома	1
Міліарний	10
Дисемінований	19
Фіброзно-кавернозний	10
Позалегеневий	3
Разом	47

чільне місце у смертності молоді, хоча в деяких випадках не відіграє вирішальної ролі, а інколи є обтяжуючим фактором. Серед ВІЛ-інфікованих, котрі не були наркоманами, переважна більшість — соціально дезадаптовані особи, переважно молодого віку, що віддають перевагу тихій смерті вдома, без медичної допомоги (в більшості випадків СНІД було встановлено посмертно). Трапляються різноманітні вторинні інфекції, більшість яких мала (ймовірно, у термінальній стадії) схильність до дисемінації. Тут переважав сепсис, спричинений, як правило, мікст-інфекцією (бактеріально-грибковою або ж поєднанням різних бактерій). Свідчення щодо найбільш дослідженої третьої групи загалом підтвердили дані літератури. До неї увійшли виснажені соціально дезадаптовані ВІЛ-інфіковані наркомани. Хоча вони входили у групу ризику, проте на ВІЛ-інфекцію до смерті було обстежено менше половини. Родичами та знайомими, як правило, приховується факт інфікування ВІЛ від прозектора. Серед вторинних хвороб задокументовано широкий спектр дисемінованих форм туберкульозу, поліетиологічного сепсису, мікозів з практично повною відсутністю імунної відповіді.



ЛІТЕРАТУРА

1. Клініко-епідеміологічні особливості ВІЛ-інфекції та СНІДу на Україні / А. Д. Вовк, А. М. Щербинська, Н. П. Ченцова та ін. // Журн. мікробіології. — 1999. — № 1. — С. 29-31.
2. Кобища Ю. Детермінанти розповсюдження ВІЛ серед шприцевих наркоманів на Україні // Там же. — С. 34-36.
3. Волкова К. І., Кокосов А. Н. СНІД, наркоманія та материнство // Пульмонологія. — 2001. — № 2. — С. 98-107.
4. Кочеткова А. Є., Шерстюк Б. В., Гельцер Б. І. Кардіореспіраторні порушення при наркоманіях // Тер. архів. — 1998. — № 12. — С. 84-87.
5. Особливості клінічної картини та лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих / О. І. Аухтун, В. С. Голянок, Н. Г. Березін, Є. Н. Кирбятська // Проблеми туберкульозу. — 2002. — № 11. — С. 21-23.
6. Карачунський М. А. Туберкульоз при ВІЛ-інфекції // Проблеми туберкульозу. — 2000. — № 1. — С. 47-51.
7. Перебіг туберкульозу у хворих на ВІЛ-інфекцію / А. І. Щелкунова, А. В. Кравченко, В. І. Чуканов та ін. // Тер. архів. — 2002. — № 11. — С. 46-49.
8. Особливості перебігу туберкульозу у інфікованих ВІЛ та міри його профілактики / О. П. Фролова, А. Г. Рахманова, А. А. Приймак та ін. // Журн. мікробіології. — 1999. — № 1. — С. 67-69.

УДК 616.248-053.2-08:616.233

Соф'єн Б. А. Ажімі

ВИЯВЛЕННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНДЕКСУ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ

Буковинська державна медична академія, Чернівці

Вступ

Ключовим моментом розвитку бронхіальної астми у дітей є гіперреактивність бронхів (ГРБ) [1] — їх підвищена чутливість до різноманітних подразників, внаслідок якої відповідний бронхоспазм розвивається при дії субпорогових для здорових осіб неспецифічних тригерів [2; 3]. Виявлення ГРБ у дітей з персистуючим бронхообструктивним синдромом (БОС) має важливе діагностичне та прогностичне значення [4; 5]. Однак цей феномен не обмежується тільки популяцією дітей з його клінічними проявами [1; 6].

Для виявлення та оцінки ГРБ використовуються різні тести і підходи до оцінки їх результатів [2; 4; 7], а саме провокації: фізична (біг, гіпервентиляція холодного або сухого повітря тощо); фармакологічна (інгаляції різних розведень ацетилхоліну, гістаміну, метахоліну та ін.); специфічними алергенами. «Золотим стандартом» у виявленні гіперреактивності бронхів вважається інгаляційна проба різних розведень гістаміну, що дозволяє шляхом побудови кривої «доза — ефект» виявити таке навантаження гістаміном, яка призводить до зменшення на 20 % об'єму форсованого видиху за 1 с (PC_{20H}).

За допомогою спірографічного дослідження можна оцінити реактивність бронхів шляхом вивчення так званого індексу лабільності бронхів (ІЛБ) [8] та його компонентів: індексу бронходилатації (ІБД) та індексу бронхоспазму (ІБС).

Однак варто зазначити, що всі наведені методики дуже варіабельні щодо доступності, простоти та безпеки (достатні переваги у фізичній провокації), а також можливості стандартизації (лідерами є, безумовно, фармакологічні тести). Окрім того, діагностична цінність цих проб різна [6; 9], нефармакологічні тести мають більшу чутливість і меншу специфічність порівняно з медикаментозною провокацією, яка часто небезпечна, трудомістка, потребує відміни бронходилататорів і протизапальних препаратів.

Трудомісткість, наявність протипоказань і обмежень для маленьких пацієнтів одних діагностичних тестів для виявлення ГРБ, труднощі стандартизації в комбінації з низькою специфічністю інших становлять не розв'язану до кінця проблему дитячої пульмонології.

Мета дослідження — оцінити діагностичну цінність ІЛБ та його компонентів (індексу бронходилатації та індексу бронхоспазму) для виявлення бронхіальної гіперреактивності у дітей з рецидивною бронхіальною обструкцією.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було обстежено 45 дітей шкільного віку з повторними епізодами бронхіальної обструкції. Усі діти перебували на стаціонарному лікуванні в ОДКЛ № 1 м. Чернівці та обстежувалися в періоді клінічного благополуччя за умови скасування препаратів, які можуть вплинути на результати оцінки реактивності бронхів. Для визначен-

