

Таким образом проведение ВТС позволило установить диагноз туберкулеза легких у 125 человек.

Таблица 2 – Лекарственная чувствительность микобактерий туберкулеза

Лекарственная устойчивость	Количество случаев
ЛЧ	36 (20 %)
РУ	64 (35,6 %)
ШЛУ	25 (13,9 %)

Определение лекарственной чувствительности позволяет своевременно начинать противотуберкулезное лечение.

Выводы

Проведение ВТС позволило верифицировать диагноз туберкулеза в 125 случаях из 180 проведенных исследований.

Выделение МБТ из биоптата позволяет провести определение лекарственной чувствительности МБТ и начать своевременное адекватное лечение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эпидемиология туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь / В. Я. Кралько [и др.] // Новые подходы к диагностике и лечению туберкулеза : материалы Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 11–12 дек. 2017 г., Ч. 1 / РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии; В. Я. Кралько [и др.]. – Минск, 2017. – С. 10–16.
2. Демографическая и социальная характеристика пациентов с множественно лекарственно-устойчивым туберкулезом легких и отрицательной бактериоскопией мокроты / Г. Л. Гуревич [и др.] // Новые подходы к диагностике и лечению туберкулеза : материалы Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 11–12 дек. 2017 г., Ч. 1 / РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии ; Г. Л. Гуревич [и др.]. – Минск, 2017. – С. 20.
3. The need for protecting and enhancing TB health policies and services for forcibly displaced and migrant populations during the ongoing COVID-19 pandemic / M. Knipperc [et al.] // International Journal of Infectious Diseases. – 2021. – Т. 113. – С. S22–S27.

УДК [616.98:578.828НIV:616-002.5]-071/-078(476.2-35Светлогорск)

И. С. Казначеев

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бондаренко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОВ СВЕТЛОГОРСКОГО РАЙОНА С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ-ТУБЕРКУЛЕЗ

Введение

Проблема ВИЧ-ассоциированного туберкулеза (ТБ) в Республике Беларусь остается актуальной уже более 25 лет. По данным Государственного регистра «Туберкулез» в Гомельской области в 2021 г удельный вес ВИЧ-ассоциированного ТБ составил 16,5 % (51 чел.) среди впервые выявленных пациентов с ТБ, а в 2022 г. этот показатель составил 10,5 % (35 чел.).

ТБ у людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), является основной оппортунистической инфекцией. ВИЧ-инфекция на поздних стадиях, при выраженной иммуносупрессии, увеличивает риск развития туберкулезного процесса в 120–140 раз [1]. В структуре клинико-рентгенологических форм ТБ у этих пациентов преобладают генерализованные процессы. Доминирование таких форм ТБ связывают с увеличением числа больных с

иммунодефицитными состояниями на фоне наркомании и ВИЧ-инфекции, которые сопровождаются резким снижением уровня CD4⁺-лимфоцитов, играющих важную роль в механизме противотуберкулезной защиты [2, 3].

Значительная распространенность ВИЧ-инфекции в сочетании с ТБ, частота развития и тяжесть осложнений при двойной инфекции определили ее как социально значимое заболевание, приводящее к инвалидизации, снижению качества жизни и высокой смертности, что требует мультифакторного анализа и подхода и делает данную проблему чрезвычайно актуальной.

Цель

Оценить основные клинико-лабораторные характеристики ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в ходе мониторинга пациентов с сочетанной инфекцией.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 40 амбулаторных медицинских карт пациентов с коинфекцией ВИЧ-ТБ, проживающих в Светлогорском районе Гомельской области. Критерии включения в исследование: наличие у пациента ВИЧ-инфекции и подтвержденного ТБ в соответствии с критериями действующих клинических протоколов Министерства Здравоохранения.

При анализе клинико-лабораторных особенностей в исследовании учитывался возраст, пол, трудоустройство, дата заражения ВИЧ-инфекцией, путь заражения ВИЧ-инфекцией, стадия ВИЧ, дата заболевания ТБ, путь выявления и метод верификации ТБ, окончание лечения ТБ, схема антиретровирусной терапии, количество клеток CD4⁺/мкл, количество копий РНК вируса ВИЧ в крови. Обработка и статистический анализ данных проводились при помощи программы Microsoft Office Excel 2016. Абсолютные значения представлены в виде $M \pm \sigma$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст у 40 пациентов в группе исследования составил $39,8 \pm 8,9$ лет, из них мужчин было 26 (65,0 %) человек, а женщин – 14 (24,0 %) человек. По занятости пациенты распределились следующим образом: 30 (75,0 %) – нигде не работают, 8 (20,0 %) – связаны с рабочими специальностями, 2 (5,0 %) – служащие.

Изучены пути заражения ВИЧ-инфекцией: внутривенным путем заразилось – 22 (55,0 %) человека, половым – 18 (45,0 %). В исследуемой группе 26 (65,0%) пациентов находились в 4 клинической стадии ВИЧ-инфекции (стадия СПИД), из которых у 5 пациентов имелась внелегочная форма ТБ, а у 19 пациентов 4 клиническая стадия не связана с туберкулезным процессом. У 14 (35,0 %) ЛЖВ отмечалась 3 клиническая стадия ВИЧ-инфекции (преСПИД), сопровождающаяся ТБ легких.

Следует отметить, что у 26 (65,0 %) пациентов ТБ выявлен во время проведения профилактических осмотров, у 14 (35,0 %) – по жалобам. По времени обнаружения инфекций ВИЧ/ТБ можно отметить, что у 34 (85,0 %) пациентов первично обнаружена ВИЧ-инфекция, у 5 (12,5 %) – ВИЧ-инфекция и ТБ подтверждены в один год, только у одного пациента ТБ явился первичной инфекцией.

В изученной группе у 25 (62,5 %) пациентов отмечался ТБ легких, у 3 (7,5 %) – ТБ внутригрудных и периферических лимфоузлов, у 2 (5 %) ТБ костей и суставов. Клинико-рентгенологическими формами ВИЧ-ассоциированного ТБ легких явились: 9 (36,0 %) человек – милиарный и диссеминированный ТБ, 8 (32,0 %) – инфильтративный, у 5 (22 %) – очаговый, в 1 (4 %) случае — туберкулезный плеврит.

В группе исследуемых пациентов большой удельный вес составили ЛЖВ с доказанной лекарственной устойчивостью возбудителя ТБ к противотуберкулезным лекарствен-

ным средствам, так лекарственноустойчивый ТБ диагностирован в 24 (60,0 %) случаях. По длительности лечения ТБ: у 18 (45 %) ЛЖВ лечение туберкулеза заняло около года, у 15 (37,5 %) лечение ТБ из-за рецидивов заняло от 4 до 10 лет.

У 32 (80,0 %) пациентов лечение ТБ завершено с исходом «Излечение и лечение завершено», 5 (12,5 %) человек – продолжают лечение и лишь у 3 (7,5 %) пациентов наблюдался отрыв от лечения.

Все пациенты из исследуемой группы получали антиретровирусную терапию: 20 (50,0 %) ЛЖВ принимали схему первой линии состоящей из 2 нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) и 1 ненуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы (ННИОТ), 4 (10,0 %) – схему второй линии, состоящей из 2 ННИОТ и 1 ингибитора протеазы (ИП), и 16 (40,0 %) пациентов получали схему третьей линии или схему резерва с комбинацией НИОТ, ННИОТ и ингибитора интегразы.

Эффективность антиретровирусной терапии достигнута у 28 ЛЖВ, у которых вирусная нагрузка ВИЧ достигла минимального порога чувствительности теста, то есть снизилась менее 500 РНК копий в мкл. У 7 пациентов вирусная нагрузка ВИЧ снизилась с максимальных цифр до минимальных, но осталась определяемой. У 4 – вирусная нагрузка ВИЧ на старте лечения была неопределяемая, но в последнем результате она достигла максимальных значений, что говорит о неприверженности пациента к антиретровирусной терапии.

Выводы

Таким образом, в структуре пациентов с ВИЧ-ассоциированным ТБ преобладают мужчины, безработные. Отмечается увеличение полового пути инфицирования ВИЧ, выявленного у 45 % исследуемых, у подавляющего числа пациентов ТБ присоединился к ВИЧ-инфекции.

В 57 % пациентов диагностирован ТБ легких. В структуре форм ТБ 35 % составлял милиарный и диссеминированный ТБ. В этой группе пациентов в 65 % ТБ выявлен при профилактических обследованиях, что доказывает большую значимость цифрового рентгенологического обследования групп риска.

Успешно завершили курс химиотерапии ТБ 80 % пациентов. Данный факт говорит о эффективной организации контролируемого лечения ТБ и применении эффективных схем терапии, т.к. в исследуемой группе у 60 % установлен лекарственно-устойчивый ТБ.

В настоящее время назначение антиретровирусных препаратов становится необходимым элементом лечения туберкулеза с далеко зашедшими формами инфекции. В исследуемой группе 40 % пациентов получали резервную схему антиретровирусной терапии, совместимую с новыми резервными лекарственными средствами для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Викторова, И. Б. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией в терапевтическом стационаре в регионе с высокой пораженностью ВИЧ // Инфекционные болезни. – 2020. – Т. 18, № 4. – С. 74–79.
2. Коинфекция ВИЧ/туберкулез на территории высокого риска распространения обеих инфекций / С. Н. Шугаева [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2021. – № 1(83). – С. 56–58. – DOI 10.34215/1609-1175-2021-1-56-58.
3. Лапшина, И. С. Проблема коинфекции туберкулез и ВИЧ в современных эпидемиологических условиях / И. С. Лапшина, Т. В. Мякишева // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2021. – Т. 20, № 4. – С. 144–150.