

На вопрос, будут ли избегать общения со знакомым, у которого выявлен туберкулез, 92 (77%) респондентов ответили, что будут избегать. Остальные респонденты будут использовать средства защиты при общении. Медицинскую информацию о туберкулезе 84 (70%) респондентов получают из интернета, 24 (20%) – от медицинского персонала и 12 (10%) из ТВ-программ. Большинство респондентов получают информацию из интернета, где не всегда она является достоверной.

Выводы

Данный социологический опрос позволил определить и проанализировать уровень осведомленности населения города Гомеля о туберкулезе. Результаты показали, что у большинства респондентов правильные знания о туберкулезе: опрошенные знают его возбудителя, пути передачи, клинические симптомы, факторы риска.

Однако не все из респондентов владеют актуальной информацией об основном методе диагностики и о профилактике, также не все ежегодно проходят флюорографию.

Таким образом, население имеет недостаток знаний в вопросах туберкулеза, что решается путем большей осведомленности людей с помощью средств массовой информации, санитарно-просветительной работы в рамках медицинских учреждений, а также с помощью волонтерской деятельности. Важно помнить, что информированность общества о данном социально значимом инфекционном заболевании вносит огромный вклад в профилактику и раннюю диагностику, что облегчает течение болезни и лечение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мичикова, Д. Р. Анализ уровня осведомленности о туберкулезе у пациентов стационара терапевтического профиля / Д. Р. Мичикова, А. И. Мирзашаехова, П. Г. Сысоев // Научный альманах ассоциации France-Kazakhstan. – 2023. – № 3. – С. 41–45.
2. Результаты социологического исследования среди пациентов легочным туберкулезом, лечившихся в стационаре / И. А. Кузнецов, Ж. О. Касымбеков [и др.] // Вестник Кыргызстана. – 2023. – № 1 (2). – С. 316–321.
3. Жук, С. П. Осведомленность подростков по вопросам профилактики и диагностики туберкулеза / С. П. Жук // Тенденции развития науки и образования. – 2021. – № 74–1. – С. 58–62.
4. Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – 2025. – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 09.02.2025).

УДК 616-002.5+616.98:578.828HIV]:615.015.8

А. И. Лащенко

Научный руководитель: старший преподаватель Ж. Е. Сверх

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КО-ИНФЕКЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗ-ВИЧ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Введение

Развитие заболеваемости и смертности от респираторных инфекций является важной социальной проблемой. В особенности наибольшую опасность представляют патологии, развивающиеся под контролем компонентов человеческого микробиома. Туберкулез (далее ТБ) относится к данной категории и активно изучается в научных исследованиях [4].

В качестве основного этиологического агента возникновения заболевания рассматриваются бактерии *Mycobacterium tuberculosis*, относящихся к типу актиномицет и роду микобактерий. К основным свойствам относится способность к развитию

инфекционных состояний по причине высокой устойчивости их клеточных компонентов и взаимодействия с компонентами иммунитета организма-хозяина (преимущественно с участием факторов системы комплемента). Важной особенностью является способность *Mycobacterium tuberculosis* к латентной активности в организме [1].

Вирус иммунодефицита человека (далее ВИЧ) занимает первое место, а ТБ является второй ведущей причиной смерти от инфекционных заболеваний во всем мире: ежегодно регистрируется около 10 миллионов случаев заболевания ТБ и 2,8 миллиона новых случаев заражения ВИЧ [3].

Наличие ВИЧ-инфекции резко увеличивает риск заболевания ТБ, так как делает организм человека более уязвимым. В результате у ВИЧ положительных лиц вероятность заболеть ТБ в течение жизни достигает 50%. При активном ТБ и ВИЧ-инфекции обычно наблюдается обострение иммунодефицита, обусловленного ВИЧ инфекцией, что способствует развитию других заболеваний, в первую очередь, пневмоцистной пневмонии, кандидозного эзофагита и криптококкового менингита [2].

Цель

Изучить клинические особенности ко-инфекции туберкулез-ВИЧ у пациентов с лекарственно чувствительными формами туберкулеза.

Материал и методы исследования

Материалами для исследования послужили истории стационарных пациентов, госпитализированных в Гомельскую областную туберкулезную клиническую больницу в период с 01.01.2023 по 13.09.2024. Анализировались возрастная структура заболевших, половая принадлежность, распределение клинических форм туберкулеза, сопутствующая патология, приверженность к антиретровирусной терапии.

Результаты исследования и их обсуждение

Общее количество больных составило 37 человек. Возраст пациентов варьировался от 26 до 59, средний возраст составил 43 лет $\pm$ 3, из них 11 женщин (30%) и 26 мужчин (70%). 10 человек проживают в сельской местности, что составило 27% от всех пациентов, и 27 пациентов, то есть 73%, проживает в городах.

Выборка проводилась исходя из наличия в анамнезе ВИЧ-инфекции как сопутствующего заболевания. Нозологическая структура была следующей: диссеминированный туберкулез легких – 20 (54%) случаев, инфильтративный туберкулез легких – 13 (35%) случая, диссеминированный туберкулез легких в фазу распада – 1 (2,7%) случай, генерализованный туберкулез – 1 (2,7%) случай, туберкулез внутригрудных лимфоузлов – 1 (2,7%) случай, туберкулома левого легкого – 1 (2,7%) случай.

ВИЧ-инфекция во 2 клиническую стадию наблюдалась у 3 (8%) больных, в 3 клиническую стадию – у 26 (70%) пациентов, а ВИЧ-инфекция в 4 клиническую стадию – у 8 (22%).

Количество не работающих пациентов составило 10 человек (27%), из них инвалидами 2–3 групп является 3 человека. Рецидив туберкулезного процесса зарегистрирован у 3 (8%) пациентов. Нарушение больничного режима отмечено у 8 (22%) пациентов. Отрыв от антиретровирусной терапии (далее АРТ) зарегистрирован у 9 (33%) человек.

К наиболее распространенным сопутствующим патологиям у данных пациентов можно отнести хронический вирусный гепатит С с умеренной биохимической активностью – 10 (27%), гепатоспленомегалия – 8 (22%).

Наиболее распространенными осложнениями оказались: дефицит массы тела до 10% наблюдался у 12 (32%) человек, орофарингеальный кандидоз – 28 (76%), анемия средней степени – 13 (35%).

Выводы

1. Больше заболеванию подвержено мужское население.
2. Городское население преобладало над сельским.
3. В нозологической структуре преобладал диссеминированный туберкулез легких.
4. ВИЧ-инфекция отмечалась как во 2, так и в 3, и 4 клинических стадиях.
5. Отрыв от АРТ, а также нарушение больничного режима ведет к прогрессированию ВИЧ-инфекции до 4 клинической стадии, развитию тяжелых осложнений.
6. Наиболее распространенными из осложнений являются: орофарингеальный кандидоз, анемия средней степени, дефицит массы тела до 10%, что значительно снижает качество жизни и в дальнейшем приводит к появлению новых осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Особенности формирования группы риска по туберкулезу среди детей с ВИЧ-инфекцией в условиях мегаполиса / Л. Ф. Шамуратова, Т. А. Севостьянова, А. И. Мазус [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2021. – Т. 99, № 2. – С. 21–28.
2. Бобоев, М. У. Современные подходы к диагностике туберкулеза у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных детей (обзор литературы) / М. У. Бобоев // Симург. – 2023. – № 18. – С. 190–197.
3. Всемирная организация здравоохранения [сайт]. – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 10.02.2025).
4. Хак, И. Белковая сеть факторов, участвующих в развитии туберкулеза / И. Хак, В. Ю. Буслаев // Инновационный конвент «Кузбасс: образование, наука, инновации» : материалы XII Инновационного конвента, г. Кемерово, 8 февр. 2024 г. – Кемерово : КГУ, 2024. – С. 203–205.

УДК 616-002.5+616.98:578.828HIV]:615.015.8

А. И. Лашенко

Научный руководитель: старший преподаватель Ж. Е. Сверж

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ КО-ИНФЕКЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗ-ВИЧ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ И ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Введение

Туберкулез – инфекционное социально значимое заболевание, исход которого зависит от особенностей течения, лекарственной чувствительности микроорганизма и социального статуса больного [1]. В развитии данного заболевания играет роль микобактерия туберкулеза, которая распространяется преимущественно аэрогенным механизмом передачи. Самые первые клинические признаки, указывающие на возможное заражение туберкулезом, неспецифичны и могут выявляться через несколько недель или лет от момента инфицирования [4].

Лекарственно-устойчивый туберкулез рассматривается как самостоятельная и наиболее актуальная проблема современной фтизиатрии.

Различают 3 механизма возникновения лекарственной устойчивости:

- 1) барьерный механизм (изменение проницаемости клеточной стенки микроба и мембран клеток макроорганизма);
- 2) инаktivация препарата ферментами, например, β -лактамазой;
- 3) возникновение ЛУ вследствие генных мутаций.