

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.

Из трех указанных механизмов развития ЛУ микобактерий туберкулеза основным является возникновение мутаций в генах возбудителя. Доказано, что нет единого гена, кодирующего устойчивость сразу к нескольким противотуберкулезным препаратам [2].

Согласно многочисленным данным, ТБ является непосредственной причиной смерти в среднем у 30% пациентов с ВИЧ-инфекцией. Это подчеркивает необходимость раннего выявления и лечения ТБ у всех ВИЧ-положительных пациентов, особенно у пациентов с низким уровнем CD4 клеток. Снижение иммунитета из-за ВИЧ-инфекции может изменить симптомы и основные проявления ТБ и тем самым затруднить его выявление обычными исследованиями. Например, рентгенологическое исследование грудной клетки может не показать изменения, характерные для ТБ, а в мокроте, выделяемой при кашле, бактерии ТБ могут не определяться [3].

Цель

Сравнить клинические особенности ко-инфекции туберкулез-ВИЧ у пациентов с лекарственно чувствительными и лекарственно устойчивыми формами туберкулеза.

Материал и методы исследования

Материалами для исследования стали истории стационарных пациентов, которые были госпитализированы в Гомельскую областную туберкулезную клиническую больницу в период с 01.01.2023 по 13.09.2024. Производилось сравнение наиболее распространенных сопутствующих патологий в каждой из групп, распределения клинических форм туберкулеза, анализ приверженности к антиретровирусной терапии.

Результаты исследования и их обсуждение

Общее количество больных составило 58 человек: 37 были госпитализированы в отделение с лекарственно чувствительными формами туберкулеза (группа 1) и 21 – в отделение с лекарственно устойчивыми формами (группа 2). Средний возраст пациентов группы 1 составил 43 лет $\pm$ 3. А средний возраст пациентов группы 2 – 46 лет $\pm$ 3. В обеих группах количество мужчин превалировало и составило 70%. Точно также превалировало городское население над сельским и составило 70% в обеих группах.

Выборка проводилась исходя из наличия в анамнезе ВИЧ-инфекции как сопутствующего заболевания. Нозологическая структура группы 1 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. Нозологическая структура группы 2: генерализованный туберкулез легких – 4 (19%) случая, инфильтративный туберкулез легких – 10 (48%) случаев, инфильтративный туберкулез легких в фазу распада – 2 (10%) случая, диссеминированный туберкулез легких – 3 (14%) случая, диссеминированный туберкулез легких в фазу распада – 1 (5%) случай, туберкулез внутригрудных лимфоузлов – 1 (5%) случай.

ВИЧ-инфекция во 2 клиническую стадию наблюдалась только в группе 1 и количество таких пациентов составило 8%. В 3 клиническую стадию – 70% пациентов, в 4 – 22% в 1 группе. Во 2 группе 48% пациентов с ВИЧ-инфекцией в 3 клиническую стадию и 52% пациентов с 4 стадией.

Количество не работающих пациентов в 1 группе 27%, а во 2 группе 67%. Рецидив туберкулезного процесса зарегистрирован у 8% пациентов группы 1 и у 52% группы 2. Нарушение больничного режима отмечено у 22% пациентов в первой группе и у 38% пациентов во второй группе, при этом на принудительном лечении находились 3 пациента второй группы. Отрыв от антиретровирусной терапии (далее АРТ) зарегистрирован у 33% пациентов группы 1 и у 33% пациентов группы 2.

Наиболее распространенными сопутствующими патологиями в группе 1 стали: хронический вирусный гепатит С с умеренной биохимической активностью – 10 (27%), гепатоспленомегалия – 8 (22%). В группе 2 это также хронический вирусный гепатит С с умеренной биохимической активностью – 8 (38%), гепатоспленомегалия – 5 (24%) и синдром зависимости от алкоголя и опиоидов – 6 (29%) пациентов.

Наиболее распространенными осложнениями группы 1 оказались: дефицит массы тела до 10% – наблюдался у 12 (32%) человек, орофарингеальный кандидоз – 28 (76%), анемия средней степени – 13 (35%). Из наиболее распространенных осложнений группы 2 можно выделить дефицит массы тела до 10% – наблюдался у 6 (29%) человек, энцефалопатию сложного генеза – 5 человек (24%), орофарингеальный кандидоз – 15 (71%), анемия средней степени – 6 (29%), генерализованная лимфаденопатия – 14 (67%) человек.

Выводы

1. Больше заболеванию подвержено мужское население.
2. Городское население преобладало над сельским.
3. В нозологической структуре у пациентов с лекарственной устойчивостью преобладал инфильтративный туберкулез легких, а у пациентов с лекарственно чувствительными формами-диссеминированный туберкулез легких.
4. У половины пациентов группы 2 зарегистрирован рецидив туберкулезного процесса, в то время как в группе 1 рецидив туберкулезного процесса зарегистрирован только у 8% пациентов.
5. ВИЧ-инфекция отмечалась во 2 клинической стадии только в группе 1.
6. Отрыв от АРТ и нарушение больничного режима ведет к приобретению лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза, прогрессированию ВИЧ-инфекции до 4 клинической стадии, развитию тяжелых осложнений, что в дальнейшем приводит к приобретению инвалидности.

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. 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.
3. 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.
4. Всемирная организация здравоохранения [сайт]. – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 10.02.2025).

УДК 616–002.5:[579.873.21:615.015.8]

Н. Н. Мишаков, А. О. Каменюкова

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*

Введение

Туберкулез (ТБ) – одно из наиболее значимых инфекционных заболеваний, представляющее серьезную угрозу глобальному здравоохранению. Возбудитель болезни, *Mycobacterium tuberculosis*, обладает высокой способностью к выживанию в организме человека, а развитие устойчивости к противотуберкулезным препаратам существенно осложняет его лечение [1, 2].