

## **Выводы**

Сахарный диабет 2 типа среди ВИЧ-инфицированных пациентов возникает ранее, чем установленный клинический возрастной критерий в популяции. Сахарный диабет 2 типа диагностировался чаще у мужчин, с иммунологически и вирусологически эффективной антиретровирусной терапией, включающей 2НИОТ+1ННИОТ. У всех пациентов отмечен высокий индекс массы тела, у большинства диагностирована артериальная гипертензия.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Global HIV Programme: HIV Rates by Country 2023 / HIV data and statistics – World Health Organization – 2022. – 7 с.
2. Coelho, A. R. Diabetes mellitus in HIV-infected patients: fasting glucose, A1c, or oral glucose tolerance test – which method to choose for the diagnosis? / A. R. Coelho, F. A. Moreira. – 2018. – 13 с.
3. Сахарный диабет: обновление классификации и особенности диагностики различных типов: учебно-методическое пособие / Т. В. Мохорт [и др.]. – Минск: БГМУ – 2021. – 39 с.
4. Umar, D. M. Prevalence and predictors of diabetes mellitus among persons living with HIV: a retrospective cohort study conducted in 4 public healthcare facilities in KwaZulu-Natal / D. M. Umar, P. Naidoo. – 2021. – 14 с.

**УДК 616.24-002.5-022:[616.98:578.834.1]-055.2**

**И. К. Логвинец, К. А. Закревский**

*Научные руководители: к.м.н., доцент И. В. Буйневич*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПРОЯВЛЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ И ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТКИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

### **Введение**

ВИЧ-инфекция вызывает тяжелый дефект клеточного иммунитета, что является отличным подсобьем для развития оппортунистических инфекций, которые зачастую являются причиной смерти пациентов. В 2019 г. доля зарегистрированных пациентов с туберкулезом, у которых был документально подтвержден результат теста на ВИЧ, составила 69 %. Туберкулез и ВИЧ представляют собой смертельное сочетание и ускоряют развитие друг друга. Другие часто встречающиеся возбудители оппортунистической инфекции – пневмоцисты. Пневмоцистная пневмония проявляется примерно в 10 % случаев. Имеют место быть и грибковые поражения, в форме криптококкоза, в нашем регионе данное заболевание встречается в 2–4 % случаев. Вышеперечисленные заболевания развиваются с различной частотой, а их сочетание представляет собой уникальную ситуацию.

### **Цель**

Описать этапы диагностики и лечебной тактики у ВИЧ-инфицированной пациентки с диссеминированным туберкулезом легких и множественными инфекциями, выявленными в Учреждение «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» (УГОТКБ).

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ амбулаторной карты и истории болезни пациентки с диагнозом «ВИЧ-инфекция в стадии СПИД с проявлением множественных инфекций: двусторонняя пневмоцистная пневмония, полисегментарная пневмония, вызванная *Gr-* палочками *Raoultella planticola*, генерализованный криптококкоз с поражением легких, печени, почек, головного мозга, диссеминированный туберкулез легких».

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Пациентка С. 57 лет, не работала и проживала одна. Из анамнеза известно, что последняя флюорография была пройдена за год до госпитализации, со слов пациентки на контроль ее не вызывали. Отмечала ухудшение самочувствия, слабость, снижение аппетита, массы тела за месяц до обращения за помощью, затем появился кашель со скудной слизистой мокротой. Состояние пациентки ухудшилось, по этому поводу был вызван терапевт на дом. Далее она была отправлена в УГОТКБ, однако из-за тяжести состояния была госпитализирована в ОАРИТ УГОТКБ.

*Объективно:* общее состояние тяжелое. В сознании, доступна вербальному контакту, выполняла предложенные команды. Кожа и видимые слизистые бледные, сухие, теплые, отмечалась «мраморность» и акроцианоз. Над легкими выслушивалось везикулярное дыхание, ослабленное справа и слева в нижних отделах, шум трения плевры. Частота дыхания 18–19 в минуту, SpO<sub>2</sub> без подачи O<sub>2</sub> – 75 % и с подачей O<sub>2</sub> – 89 %. Со стороны сердца отмечаются: приглушенные тоны, ритмичные, частота сердечных сокращений 83 в минуту, артериальное давление 140/80 мм рт. ст. Живот доступен для глубокой пальпации во всех отделах. Симптом Щёткина – Блюмберга – отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, стул без особенностей и регулярный.

В день поступления были проведены следующие обследования:

*РОГК.* Заключение: с двух сторон на всем протяжении на фоне деформированного легочного рисунка ячеистого характера множественные тенденции к слиянию, справа отмечается полость 5.0 см в диаметре диссеминированный процесс в легких справа с распадом, (казеозная пневмония) с распадом в нижней доле правого легкого.

*ЭКГ.* Заключение: синусовая тахикардия, ЧСС 96 уд. в мин., нормальное ЭОС.

*ФБС.* Заключение: состоявшееся кровотечение из верхнедолевого левого легкого. Диффузный атрофический бронхит.

*Биохимический анализ крови:* альбумин несколько понижен (23,7 г/л), АСТ повышен (40 Ед/л), кальций снижен (1,24 ммоль/л).

В общем анализе крови отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

В общем анализе мочи изменений нет.

Так же было проведено экспресс-исследование на ВИЧ-инфекцию, которое показало положительный результат.

Для уточнения причин и тяжести заболевания так же были проведены:

*Gene Хpert* мокроты. Заключение: отрицательный.

*Микроскопия осадка на КУБ.* Заключение: КУБ

Исследование с помощью ВАСТЕС спустя 3 недели показало *Mycobacterium avium*.

На следующий день ввиду резкого ухудшения состояния пациентки, связанного с нарастанием клиники дыхательной недостаточности и отсутствии эффекта от инспираторной поддержки увлажненным кислородом через лицевую маску, было принято решение о переводе пациентки на ИВЛ.

В этот день были проведены следующие анализы:

*Биохимический анализ крови:* альбумин снижен (18,7 г/л), уровень глюкозы повышен (6,5 ммоль/л), АСТ повышен (42 Ед/л), кальций снижен (1,08 ммоль/л).

*Общий анализ крови:* отмечается легкая степень анемии, тромбоцитопения, а также сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

На следующий день наступила остановка сердечной деятельности.

Патологоанатомический диагноз.

*Основное заболевание:* ВИЧ-инфекция в стадии СПИД (положит результат ВИЧ-экспресс от 16.11.2017 г., положит. результат ВИЧ ИФА от 22.11.2017 г.) с проявлением

множественных инфекций: двусторонняя пневмоцистная пневмония, полисегментарная пневмония, вызванная Гр-палочками *Raoultella planticola*, генерализованный криптококкоз с поражением легких, печени, почек, головного мозга, диссеминированный туберкулез легких. МБТ+.

Осложнения основного заболевания: паренхиматозная дистрофия внутренних органов.

### **Выводы**

Поскольку у пациентки ВИЧ-инфекция была выявлена впервые, а антиретровирусную терапию она не принимала, то на фоне быстро прогрессирующего заболевания появились следующие оппортунистические инфекции: двусторонняя пневмоцистная пневмония, полисегментарная пневмония, вызванная Гр-палочками *Raoultella planticola*, генерализованный криптококкоз, диссеминированный туберкулез легких, которые привели к тяжелой пневмонии и осложнению в виде полиорганной недостаточности, которая привела к летальному исходу.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Матиевская, Н. В. ВИЧ-инфекция. Оппортунистические инфекции и заболевания: пособие для студентов медицинских университетов и врачей / Н. В. Матиевская, В. М. Цыркунов, Д. Е. Киреев. – М. : БИНОМ, 2016. – 318 с.
2. Конопляник О. В., Кульчик Э. О., Гусакова Н. В., Генерализованный криптококкоз внутренних органов // Проблемы здоровья и экологии. – 2020. – № 65(3). – С. 123–129.
3. Хаирова Я. Р., Скорodelова М. И., Никольская М. В., Оппортунистические инфекции при ВИЧ-инфекции // Вестник Пензенского государственного университета. – 2021. – № 2. – С. 69–72.

**УДК [616.98:578.834.1]-036.22:616-002.5**

**У. В. Лосева, А. В. Гременок, И. И. Лукашевич**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА**

### **Введение**

Туберкулез является распространенным, социально значимым заболеванием во всем мире. До пандемии COVID-19 многие страны добились устойчивого прогресса в борьбе с туберкулезом. На протяжении нескольких лет отмечалось неуклонное снижение уровня заболеваемости и смертности. Во многом это было связано с внедрением Всемирной организацией здравоохранения стратегии «Stop-TB» и с 2015 года – «The End TB». Эта положительная тенденция резко изменилась из-за пандемии COVID-19. По некоторым данным, COVID-19 отбросил прогресс в борьбе с туберкулезом на 5 и более лет [1].

В Глобальном отчете ВОЗ по борьбе с туберкулезом в 2021 году было отмечено, что прогрессу в снижении глобального бремени туберкулеза может воспрепятствовать пандемия COVID-19. По расчетным данным общее число смертей может увеличиться на 200–400 тыс., если число выявленных и пролеченных пациентов снизилось на 25–50 % в 2020 году в связи с изменением работы системы здравоохранения. Во многих странах произошло перераспределение человеческих, финансовых лабораторных ресурсов, направленных на борьбу с коронавирусной инфекцией. В некоторых странах пострадала налаженная система сбора данных и отчетности [2].

С 2020 года не только Гомельская область и республика Беларусь, но и весь мир работают в сложных эпидемиологических условиях. Пандемия COVID-19 изменила при-