

При оценке эффективности лечения на стационарном этапе, прекращение бактериовыделения, было достигнуто в 1-й группе у 145 (71,4 %) пациентов, тогда как во 2-й — у 137 (84,1 %), ( $p < 0,05$ ); закрытие полостей распада — соответственно у 45 (34,4 %) и 28 (38,4 %),  $p > 0,05$ . Значительная и умеренная положительная динамика инфильтративно-очаговых изменений в легких отмечалась у 119 (58,6 %) пациентов 1-й группы и 150 (92,4 %) — 2-й,  $p < 0,05$ . В целом стационарное лечение было признано эффективным у 69 % пациентов, злоупотребляющих алкоголем и 85,9 % — не злоупотребляющих ( $p < 0,05$ ). Умерло от туберкулеза 17 (8,4 %) человек в 1-й группе и 1 (0,6 %) — во 2-й ( $p < 0,01$ ).

Самовольный уход из стационара до окончания курса интенсивной фазы лечения зафиксирован у 14 (6,9 %) пациентов 1-й группы и 2 (1,2 %) — 2-й,  $p < 0,05$ ; перевод, преимущественно на принудительное лечение — у 22 (10,8 %) и 5 (3,1 %) соответственно,  $p < 0,05$ .

### **Выводы**

Таким образом, при МЛУ-туберкулезе НПР встречаются часто, в целом у 78,7 % пациентов. В то же время, среди злоупотребляющих алкоголем, — значимо чаще, чем у лиц, не злоупотребляющих, за счет токсических НПР, а среди последних — за счет гепатотоксических. Также чаще у лиц со злоупотреблением алкоголем наблюдались более тяжелые и неустраняемые НПР.

При оценке клинической эффективности терапии МЛУ-ТБ на стационарном этапе лечения установлено, что злоупотребление алкоголем оказывает выраженное негативное влияние практически на все изученные показатели.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Вольф, С. Б. Сравнительная характеристика течения туберкулеза и эффективности его терапии у пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, проходивших лечение в разные периоды (1992–2002 гг. и 2003–2013 гг.) / С. Б. Вольф // Журн. ГрГМУ. — 2016. — № 2. — С. 79–82.
2. Значение некоторых отягощающих факторов в развитии туберкулезного процесса и эффективности терапии при МЛУ-ТБ: (сборника научных трудов первого съезда фтизиатров и пульмонологов Республики Беларусь «Современные направления развития респираторной медицины и фтизиатрии», Минск, 17–18 мая 2018 г.) / И. С. Гельберг [и др.] // Рецпт. — 2018. — Приложение. — С. 230–233.
3. Скрыгина, Е. М. Клиническое руководство по диагностике и лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 30.05.2017 № 601 / Е. М. Скрыгина, Г. Л. Гуревич. — Минск: УП «Промбытсервис», 2017. — 140 с.
4. Эффективность и безопасность новых противотуберкулезных лекарственных средств: сб. науч. тр. первого съезда фтизиатров и пульмонологов Республики Беларусь «Современные направления развития респираторной медицины и фтизиатрии», Минск, 17–18 мая 2018 г.) / Е. М. Скрыгина [и др.] // Рецпт. — 2018. — Приложение. — С. 215–220.

**УДК 616.24-002.5:[616.98:578.828НIV]-055**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

**Гопоняко С. В., Буйневич И. В.**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Известно, что туберкулезу (ТБ) более подвержены мужчины, что частично связано с высоким значением социальным факторам риска для развития заболевания [1]. Однако при сочетанном инфицировании ВИЧ вероятность развития активного ТБ у женщин и неблагоприятного течения заболевания достаточно высока. ТБ, поражая женщин в годы наибольшей репродуктивной, социальной и экономической активности, образует скрытое бремя ТБ, не отражаемое эпидемиологическими показателями [1, 2]. По данным Всемирной организации здравоохранения ВИЧ-ассоциированный ТБ (ВИЧ-ТБ)

является одной из основных инфекционных причин смертности молодых женщин и материнской смертности.

Гомельская область остается самым эпидемически неблагополучным регионом Республики Беларусь как по ТБ в целом, так и по ВИЧ-ТБ. Наибольшая подверженность женщин ТБ как при ВИЧ-негативном статусе, так и, особенно, при ВИЧ-позитивном отмечается в возрасте 25–40 лет [3].

### **Цель**

Изучить характеристики ВИЧ-ТБ у молодых женщин в Гомельской области.

### **Материал и методы исследования**

Изучены все новые случаи ВИЧ-ассоциированного ТБ, выявленные в Гомельской области в 2016–2018 гг. у женщин в возрасте 18–45 лет (всего 56 случаев, в том числе 52 — ТБ органов дыхания). Группу сравнения составили 50 пациенток 18–45 лет с впервые выявленным ТБ с ВИЧ-негативным статусом (случайная выборка из когорт 2016–2018 гг.). Использовались стандартные статистические методы: для долей (%) определен 95 % доверительный интервал (95 % ДИ min-max) по методу Клоппера-Пирсона, для оценки корреляции использовался коэффициент Спирмена, для оценки значимости различий — критерий  $\chi^2$  и точный тест Фишера, различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

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

В 2016–2018 гг. в Гомельской области было выявлено 67 случаев ВИЧ-ТБ у женщин, из их числа к возрасту 18–45 лет относились 56 пациенток, что составило 83,6 %. В изучаемой группе преобладали городские жители, доля составила 75 %.

Доля ВИЧ-позитивных пациенток от числа женщин 18–45 лет, заболевших ТБ органов дыхания, составила 19,2 %. ВИЧ-инфекция была выявлена одновременно с ТБ у 21,4 % пациенток. У остальных давность инфицирования ВИЧ (по времени выявления) составила от нескольких месяцев до 21 года, в том числе 1–5 лет — у 46,4 % пациенток, 6–10 лет — у 14,2 %, 11–15 лет — у 7,1 % пациенток, 16–20 лет — у 8,9 % пациенток, 21 год — 1,8 % пациенток, медиана (25–75) составила 4 (3–12) лет. Уровень CD4+ Т-лимфоцитов на момент выявления ТБ у 33,9 % пациенток составил  $> 500$  на мкл<sup>3</sup>, у 51,8 % — 200–500 на мкл<sup>3</sup>, у 14,3 % —  $< 200$  мкл<sup>3</sup>.

Из числа женщин 18–45 лет, заболевших ВИЧ-ТБ, у 52 пациенток был выявлен ТБ органов дыхания (в том числе ТБ легких — у 49 пациенток), у 4 пациенток — внелегочный ТБ.

В клинической структуре ТБ органов дыхания преобладали формы легочного ТБ с подострым течением: доля инфильтративного ТБ составила 57,7 %, диссеминированного ТБ — 7,7 %, очагового ТБ — 26,9 %. Достоверного различия долей по этим клиническим формам у ВИЧ-позитивных женщин по сравнению с ВИЧ-негативными не отмечено,  $p > 0,05$ . У 7,7 % ВИЧ-инфицированных пациенток были выявлены клинические формы ТБ органов дыхания, которые не выявлялись при ВИЧ-негативном статусе: у 3,8 % пациенток был выявлен ТБ внутригрудных лимфатических узлов, у 1,9 % — ТБ бронхов. У 1 (1,9 %) пациентки развилась остро прогрессирующая форма заболевания — милиарный ТБ (в группе сравнения случаев ТБ с острым прогрессированием заболевания выявлено не было).

Доля деструктивных форм ВИЧ-ТБ составила 26,9 от числа случаев ТБ легких, это достоверно выше, чем в группе сравнения — в 13,3 % (5,7–21) случаев,  $p < 0,05$ .

У ВИЧ-позитивных пациентов ТБ достоверно чаще, чем у ВИЧ-негативных, выявлялся при обращении — в 48 и в 11,2 % случаев соответственно. ВИЧ-позитивных пациенток заболевание проявлялось выраженной клинической симптоматикой и выявлялось при обращении, это достоверно чаще, чем у ВИЧ-негативных пациенток,  $p < 0,05$ . Это может быть связано с тем, что у ВИЧ-негативных пациентов ТБ развивается медленно, до-

вольно длительно, в течение нескольких месяцев, может протекать субклинически и выявляться только при скрининговом рентгенологическом обследовании, тогда как на фоне ВИЧ-инфекции туберкулезный процесс часто прогрессирует достаточно быстро, с более ранним и ярким проявлением симптоматики, что побуждает пациентов обратиться к врачу.

Доля случаев ВИЧ-ТБ с бактериовыделением (с учетом всех методов детекции МБТ) составила 86,5 %, в группе сравнения — 75,8 %,  $p > 0,05$ . При этом у ВИЧ-позитивных пациенток достоверно чаще выявлялось массивное бактериовыделение, такие случаи ТБ являются наиболее эпидемически значимыми. Так, методом прямой микроскопии мазка мокроты, окрашенного по Цилю-Нильсену, возбудитель в мокроте выявлялся у 38,5 % ВИЧ-позитивных и 16,4 % ВИЧ-негативных пациенток,  $p < 0,05$ .

Доля случаев ВИЧ-ТБ с первичной множественной лекарственной резистентностью (как минимум к сочетанию изониазида и рифампицина), с учетом посмертного установления лекарственной устойчивости возбудителя, составила 71,1 % от числа случаев с бактериовыделением, что достоверно больше, чем среди ВИЧ-негативных пациенток — 46,1 %,  $p < 0,05$ . У 1,9 % пациенток с ВИЧ-ТБ была выявлена широчайшая лекарственная устойчивость МБТ (к большинству противотуберкулезных лекарственных средств основного и резервного ряда), в группе сравнения таких случаев выявлено не было.

В 2016–2018 гг. было выявлено у 4 случая внелегочного ВИЧ-ассоциированного ТБ у женщин в возрасте 18–45 лет, доля составила 26,6 %. У 2 пациенток был выявлен ТБ позвоночника, у 1 — генитальный ТБ, у 1 — ТБ с мультифокальным абдоминальным поражением (печень, селезенка, брыжейка кишечника). У 2 пациенток развитию ТБ внелегочной локализации предшествовал период инфицированности ВИЧ 3–4 года, у 2 — более 10 лет (IV клиническая стадия ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, 2012). У 1 пациентки диагноз был подтвержден микробиологическим методом (обнаружены кислотоустойчивые бактерии при микроскопии пунктата у пациентки с генитальным ТБ) и гистологически, у 1 — гистологическим исследованием, у 2 — диагноз был установлен по совокупности клинических данных (ТБ позвоночника).

Ни у пациенток с ВИЧ-ассоциированным ТБ органов дыхания, ни у пациенток с внелегочными формами ТБ не было выявлено корреляции распространенности ТБ с давностью инфицирования ВИЧ ( $r = 0,16$ ).

### **Выводы**

1. Подавляющее большинство женщин с впервые выявленным ВИЧ-ассоциированным ТБ относятся к репродуктивному возрасту.

2. У каждой пятой пациентки в изучаемой группе ТБ и ВИЧ-инфекция были выявлены одновременно (заболевание ТБ явилось поводом обследования на ВИЧ-инфекцию), более 60 % пациенток заболели ТБ в течение первых десяти лет инфицированности ВИЧ.

3. В клинической структуре преобладали формы ТБ легких с подострым течением, заболевание достоверно чаще, чем при ВИЧ-негативном статусе, протекает с яркой клинической симптоматикой и выявляется при обращении.

4. У 7,7 % ВИЧ-инфицированных пациенток были выявлены клинические формы ТБ органов дыхания, которые не выявлялись при ВИЧ-негативном статусе, в том числе встречаются формы с острым прогрессированием заболевания.

5. При ВИЧ-ассоциированном ТБ достоверно чаще, чем у ВИЧ-негативных пациенток, определялось массивное бактериовыделение с положительным результатом микроскопии мазка мокроты.

6. При ВИЧ-ассоциированном ТБ достоверно чаще, чем у ВИЧ-негативных пациенток, определялась первичная множественная лекарственная устойчивость МБТ, в том числе резистентность к большинству противотуберкулезных лекарственных средств (широчайшая лекарственная устойчивость).

7. ВИЧ-позитивные пациентки ( $n = 4$ ) составили 26,6 % от числа женщин 18–45 лет, у которых был выявлен внелегочный ТБ. У 1/4 пациенток развилась распространенная форма внелегочного ТБ (с мультифокальным абдоминальным поражением и поражением ЦНС). Корреляции распространенности туберкулезного процесса с давностью инфицированности ВИЧ не выявлено.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Туберкулез и гендер. [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. — Режим доступа: [http://www.who.int/tb/challenges/gender/page\\_1/ru/](http://www.who.int/tb/challenges/gender/page_1/ru/). — Дата доступа: 01.06.2018.
2. World Health Organization. Tuberculosis in women. [Electronic resource] Mode of access: [http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb\\_women\\_factsheet.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb_women_factsheet.pdf?ua=1). — Date of access: 01.06.2018.
3. Гопняко, С. В. Эпидемиология впервые выявленного туберкулеза легких у женщин репродуктивного возраста / С. В. Гопняко, И. В. Буйневич, С. В. Бутько // Проблемы здоровья и экологии. — 2017. — № 3 (53). — С. 79–83.

УДК 616.24-002.5-055.2(476.2)

### ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

*Гопняко С. В., Буйневич И. В.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Согласно данным ВОЗ, туберкулез (ТБ), особенно при ассоциации с ВИЧ-инфекцией, является одной из основных инфекционных причин смерти женщин репродуктивного возраста [1]. Несмотря на неуклонное снижение распространенности ТБ, Гомельская область остается самым эпидемически неблагополучным регионом Республики Беларусь, в том числе и по сочетанной инфекции ВИЧ-ТБ — в 2018 г. заболеваемость ТБ составила 30,7 на 100 тыс. населения, доля ВИЧ-ТБ — 12,2 % (при республиканских показателях 19,6 на 100 тыс. и 6,5 % соответственно). Резервуар ВИЧ-инфекции в Гомельской области составляет около 9000 человек, ежегодный прирост инфицированности ВИЧ — около 10%. Среди пациентов с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией женщины составляют около 40 %, превалирует половой путь передачи ВИЧ-инфекции. Растущий резервуар ВИЧ-инфекции обуславливает сохранение достаточно большой доли ВИЧ-ТБ среди пациентов с впервые выявленным ТБ, в том числе среди женщин репродуктивного возраста. Эпидемиологические показатели по ТБ среди женщин должны тщательно отслеживаться, так доля, вносимая в общее бремя ТБ этой группой пациентов, очень значительна — обусловлено высокой социальной и экономической активностью молодых женщин и значимостью женского здоровья для демографического благополучия [1, 2, 3].

#### *Цель*

Оценить динамику эпидемиологических показателей по впервые выявленному ТБ легких у молодых женщин в Гомельской области в течение последних трех лет (2016–2018 гг.).

#### *Материал и методы исследования*

Изучены все случаи ТБ легких, выявленные у женщин 18–45 лет (возраст наибольшей репродуктивной активности) в Гомельской области (когорты 2016–2018 гг.) —  $n = 281$ . Анализ проводился на основании данных учетных форм больных с впервые выявленным ТБ 089/1-у, медицинских карт стационарных пациентов. Определены доли женщин 18–45 лет среди ВИЧ-негативных и ВИЧ-позитивных пациентов, заболевших ТБ легких, заболеваемость ТБ легких женщин 18–45 лет и доля ВИЧ-ТБ в данной гендерно-возрастной группе. Изучены данные о наличии факторов риска развития активного