

DOI: 10.24412/2707-6180-2023-65-139-144

УДК 616.24-002.5(470.56)

МРНТИ 76.29.35

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

В.Р. МЕЖЕБОВСКИЙ, А.В. МЕЖЕБОВСКИЙ

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

Межебовский В.Р. – <https://orcid.org/0000-0002-0416-0832>

Межебовский А.В. – <https://orcid.org/0000-0002-6050-7271>

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Mezhebovsky VR, Mezhebovsky AV. Features of Multidrug-Resistant Tuberculosis in Hiv-Infected Patients in Orenburg Region. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;63(3):139-144

Межебовский ВР, Межебовский АВ. Особенности проявлений туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя у вич-инфицированных больных на территории Оренбургской области. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(3):139-144

Межебовский ВР, Межебовский АВ. Особенности проявлений туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя у вич-инфицированных больных на территории Оренбургской области. West Kazakhstan Medical Journal. 2023;65(3):139-144

Features of Multidrug-Resistant Tuberculosis in Hiv-Infected Patients in Orenburg Region

V.R. Mezhebovsky, A.V. Mezhebovsky

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

Purpose: to study the circumstances of detection, clinical manifestations, diagnosis and effectiveness of the inpatient stage of treatment of tuberculosis with MDR pathogen in HIV-infected patients living in the Orenburg region.

The object of the study was 182 HIV-infected patients sent to the hospital of an antitubercular dispensary with suspected pulmonary tuberculosis. The study used general clinical, radiological, functional, microbiological (including microscopic, cultural, molecular genetic), endoscopic and histological methods. Chemotherapy was carried out taking into account the LU of the causative agent of TV in parallel with ART.

Subsequently, it was found that 11.5% of patients had not tuberculosis, but non-tuberculosis infections in the form of mycobacteriosis, candidiasis, pneumocystis pneumonia and herpes.

Of the remaining tuberculosis patients, the latter in combination with HIV infection was detected in 67.7% aged 30-59 years, men (65.2%), urban residents (60.9%), unemployed (80.1%) prevailed. In 69.6% of HIV-infected people, TV developed with a decrease in CD 4 cells less than 300 in mcl. The most frequent manifestations of TV were febrility (60.2%), weight loss (60.2%) and cough (50.3%). The most frequent forms were disseminated (34.2%), infiltrative (28.6%), TV VGLU (13.0%) and tuberculous pleurisy (9.3%), 24.8% had extrapulmonary lesions. The radiological features of TV in HIV-infected individuals were atypical localization of lesions.

In 57.1% of HIV-infected patients, the causative agent of TV had a high degree of LU in the form of MDR and XDR. CT was effective in 55.9% of patients, 13.7% failed to achieve positive results, 13.0% had negative clinical and radiological dynamics even against the background of treatment. 17.4% of patients died, mainly with CNS TV, caseous pneumonia, miliary and disseminated forms of TV.

Keywords: Tuberculosis, HIV, manifestations, multiple drug resistance

Орынбор облысының аумағында АИТВ жұқтырған науқастарда қоздырғыштың көп дәріге төзімділігі бар туберкулез көріністерінің ерекшеліктері

В.Р. Межебовский, А.В. Межебовский

Орынбор мелекеттік медицина университеті, Орынбор, Ресей

Зерттеудің мақсаты. Орынбор облысының аумағында тұратын АИТВ жұқтырған науқастарда ҚДҚ қоздырғышымен Туберкулезді емдеудің стационарлық кезеңінің анықтау мән-жайларын, клиникалық көріністерін, диагностикасы мен тиімділігін зерттеу болды.

Зерттеу нысаны өкпе туберкулезіне күдікпен туберкулезге қарсы диспансердің стационарына жіберілген АИТВ жұқтырған 182 науқас болды. Зерттеуде Жалпы клиникалық, рентгенологиялық, функционалдық, микробиологиялық



В.Р. Межебовский
e-mail: mezhebovsky@yandex.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
06.07.2023

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
04.09.2023

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

(оның ішінде микроскопиялық, культуралық, молекулалық-генетикалық), эндоскопиялық және гистологиялық әдістер қолданылды. Химиотерапия АРВТ-мен қатар ТВ қоздырғышын ескере отырып жүргізілді.

Кейіннен пациенттердің 11,5% - туберкулез емес, микобактериоз, кандидоз, пневмоцисталық пневмония және герпес түріндегі туберкулез емес инфекциялар болғандығы анықталды.

Қалған туберкулезбен ауыратын науқастардың ішінен соңғысы АИТВ-инфекциясымен бірге 30-59 жас аралығындағы 67,7% - да анықталды, ерлер (65,2%), қала тұрғындары (60,9%), жұмыс істемейтіндер (80,1%) басым болды. АИТВ жұқтырған ТВ-ның 69,6% - ДМ 4 жасушалары 300 в мкл-ден аз төмендеген кезде дамыды. Теледидардың ең көп таралған көріністері фебрилитет (60,2%), салмақ жоғалту (60,2%) және жөтел (50,3%) болды. Ең көп таралған түрлері-таралған (34,2%), инфильтративті (28,6%), ВГЛУ теледидары (13,0%) және туберкулезді плеврит (9,3%), 24,8% - да өкпеден тыс зақымданулар болды. АИТВ жұқтырған адамдарда теледидардың рентгенологиялық ерекшеліктері зақымданудың атипті локализациясы болды.

АИТВ жұқтырған науқастардың 57,1% - ТВ қоздырғышы mlu және Iiu түрінде LU жоғары дәрежеге ие болды. КТ науқастардың 55,9%-эффективті тиімді болды, 13,7% - да оң нәтижелерге қол жеткізу мүмкін болмады, 13,0% - да емдеу аясында да теріс клиникалық-рентгенологиялық динамика байқалды. Науқастардың 17,4% - ы қайтыс болды, негізінен ОЖЖ ТВ, казеозды пневмония, милиарлы және таратылатын ТВ формалары бар.

Негізгі сөздер: туберкулез, АИТВ, көріністер

Особенности проявлений туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя у вич-инфицированных больных на территории Оренбургской области

В.Р. Межебовский, А.В. Межебовский

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

Целью исследования явилось изучить обстоятельства выявления, клинические проявления, диагностику и эффективность стационарного этапа лечения туберкулеза с МЛУ возбудителя у ВИЧ-инфицированных больных, проживающих на территории Оренбургской области.

Объектом исследования явились 182 ВИЧ-инфицированных больных, направленных в стационар противотуберкулезного диспансера с подозрением на наличие туберкулеза легких. В исследовании были использованы общеклинические, рентгенологические, функциональные, микробиологические (в т.ч. микроскопические, культуральные, молекулярно-генетические), эндоскопические и гистологические методы. Химиотерапия проводилась с учетом ЛУ возбудителя ТВ параллельно с АРВТ.

В последующем установлено, что у 11,5% больных имелись не туберкулез, а нетуберкулезные инфекции в виде микобактериоза, кандидоза, пневмоцистной пневмонии и герпеса.

Из числа оставшихся больных туберкулезом последний в сочетании с ВИЧ-инфекцией выявлялся у 67,7% в возрасте 30-59 лет, преобладали мужчины (65,2%), жители городов (60,9%), неработающие (80,1%). У 69,6% ВИЧ-инфицированных ТВ развился при снижении клеток СД 4 менее 300 в мкл. Наиболее частыми проявлениями ТВ были фебрилитет (60,2%), потеря веса (60,2%) и кашель (50,3%). Самыми частыми формами были диссеминированный (34,2%), инфильтративный (28,6%), ТВ ВГЛУ (13,0%) и туберкулезный плеврит (9,3%), у 24,8% имелись внелегочные поражения. Рентгенологическими особенностями ТВ у ВИЧ-инфицированных лиц являлись атипичная локализация поражений.

У 57,1% ВИЧ-инфицированных больных возбудитель ТВ имел высокую степень ЛУ в виде МЛУ и ШЛУ. ХТ была эффективна у 55,9% больных, у 13,7% положительных результатов добиться не удалось, у 13,0% даже на фоне лечения наблюдалась отрицательная клинко-рентгенологическая динамика. Умерли 17,4% больных, преимущественно с ТВ ЦНС, казеозной пневмонией, милиарной и диссеминированной формами ТВ.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ, проявления, множественная лекарственная устойчивость

Введение

По мнению Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время только

три обстоятельства могут препятствовать ликвидации туберкулеза в мире, как глобальной проблемы – множественная лекарственная устойчивость возбудителя

к противотуберкулезным химиопрепаратам, пандемия ВИЧ-инфекции и низкая приверженность больных туберкулезом к лечению [1].

Лекарственной устойчивостью (ЛУ) считают природную или приобретенную способность возбудителя заболевания сохранять жизнедеятельность при воздействии на него лекарственных средств.

При этом множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) называют устойчивость *M. tuberculosis* к изониазиду и рифампицину одновременно, вне зависимости от устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам.

Доля больных с МЛУ всех заболевших ТВ в России в 2015 г. достигала 39,8%, в Китае и Индии – соответственно 100,0% и 98,8% [1, 2].

Развитие МЛУ у больного туберкулезом (ТВ) влечет за собой снижение эффективности проводимой химиотерапии ТВ, увеличение социальных потерь и экономических затрат. Если стандартный курс химиотерапии при лекарственной чувствительности (ЛЧ) возбудителя эффективен у 69,3% больных ТВ, то при наличии МЛУ лечебный эффект достигается лишь у 54,1% больных [2].

При этом стоимость лечения одного больного с ЛУ в год в 4 с лишним раз больше, чем стоимость лечения больного с ЛЧ [2].

Что касается ВИЧ-инфекции, то впервые выявленное на территории Африки в 1930-1959 гг., это заболевание к 1970-1980 гг. наблюдалось уже среди населения США, а к 1987-1992 гг. появилось в России.

ВИЧ-инфекция остается одной из главных причин преждевременной смерти во всем мире, а ТВ является одной из главных причин смерти больных ВИЧ. В РФ в 2010-2015 гг. ТВ был выявлен у 63,4-69,1% умерших больных с ВИЧ – инфекцией [3]. При этом выявлена прямая зависимость вероятности летального исхода от количества внелегочных поражений.

В настоящее время доля больных с сочетанием ТВ и ВИЧ инфекции в некоторых странах достигает 75,1% [1, 3].

До недавнего времени (2010-2015 гг.) в России показатель заболеваемости ТВ среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, в 33,2 раза превышал таковой у прочего населения и лишь к настоящему времени существенно снизился благодаря лечебным и санитарно-эпидемиологическим мероприятиям, проводимым с данным контингентом [2, 3].

Доказано, что ТВ у ВИЧ-инфицированных лиц протекает в значительной степени атипично, как в отношении локализации, так и в его клинических проявлениях, осложнениях, и, естественно, требует умения правильно оценивать результаты диагностических исследований, которые могут отличаться от таковых у больных ТВ, не инфицированных ВИЧ.

Если учесть, что у ВИЧ-инфицированных больных могут встречаться различные инфекции (герпетические, микотические, пневмоцистные, нетуберкулезные микобактериозы, цитомегаловирусные), а также высокая частота развития онкозаболеваний, то стано-

вится очевидной сложность диагностики туберкулеза.

Давно известна зависимость эффективности терапии туберкулеза от степени приверженности больного туберкулезом к лечению.

Среди больных, пропускающих прием химиопрепаратов менее 2%, излечение ТВ достигается у 85,5%, в то время, как среди лиц с пропуском приема более 16%, излечение удастся добиться лишь у 44,3% [4].

Поэтому, учитывая, что больные ТВ представляют эпидемиологическую опасность для окружающих, во многих странах, в т.ч. и в России, предусмотрено принудительное лечение для некоторых больных ТВ [5].

Таким образом, ВИЧ-инфицированные больные ТВ с МЛУ возбудителя являются наиболее трудным для лечения контингентом пациентов, что диктует необходимость изучения этих больных и поиска возможностей оптимизации их лечения.

Целью исследования явилось изучить клинические проявления, обстоятельства выявления, диагностики и эффективность стационарного этапа лечения ТВ с МЛУ возбудителя у ВИЧ-инфицированных больных, проживающих на территории Оренбургской области.

Объект и методы

В данной работе проведен анализ обстоятельств выявления и особенности проявлений ТВ у ВИЧ-инфицированных больных, лечившихся в противотуберкулезных диспансерах г. Оренбурга в период 2015-2020 гг.

Работа представляет собой когортное проспективное исследование группы, сформированной методом случайной выборки.

Обязательными условиями включения в исследование были:

- возраст от 18 до 60 лет;
- наличие туберкулеза легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией;
- проживание на территории Оренбургской области не менее 5 лет;
- информированное согласие на обработку персональных данных.

Всего в разработку включено 182 ВИЧ-инфицированных больных, направленных в противотуберкулезный стационар с подозрением на ТВ.

У всех больных, кроме клинического осмотра, изучали анамнез с уточнением обстоятельств выявления ТВ, в котором обращали внимание на продолжительность периода от выявления ВИЧ-инфекции до развития ТВ, проведения или отсутствия антиретровирусной терапии (АРВТ) и т.п.

Рутинные лабораторные исследования включали общие анализы крови, мочи, мокроты, биохимические тесты на содержание билирубина, АЛАТ, АсАТ, креатинина, мочевины, протениограмму.

У всех проводилось исследование мокроты методами прямой (световой) и люминесцентной бактериоскопии с окраской мазка по Цилю-Нильсену, посевом на селективные твердые (Левенштейна-Йенсена)

и жидкие (ВАСТЕС-960) среды с определением ЛЧ к химиопрепаратам и молекулярно-генетическими методами (ПЦР в режиме реального времени и Hain-test).

При необходимости материал для исследования получали методом индуцированной мокроты путем ингаляции аэрозоля гипертонического раствора хлорида натрия или в виде бронхиального смыва при фибробронхоскопии. Материалом для исследований служили также биоптаты слизистой оболочки бронхов, легких, периферических или внутригрудных лимфоузлов (ВГЛУ).

В 2015-2016 гг. результаты сопоставляли с таковыми, полученными при исследованиях, проводимых параллельно с этими же образцами материала от данных больных в ЦНИИТ РАМН.

При этом учитывали наличие генетических мутаций и ассоциированные с ними варианты ЛУ. Заключение о наличии или отсутствии ЛУ формировали с учетом полученных результатов бактериологических исследований (посевов).

Исследования состояния иммунитета проводились в иммунологической лаборатории областного центра профилактики и борьбы со СПИД.

Из показателей иммунитета принимали во внимание количество клеток СД 4 и количество вирусных копий в мкл.

Всем проводили компьютерную томографию органов грудной клетки с использованием мультипланарной реконструкции.

Инструментальные исследования включали регистрацию ЭКГ, ЭхоКС с оценкой состояния внутрисердечной гемодинамики, УЗИ органов брюшной полости и ФВД методом спирометрии с определением составляющих кривой «поток – объем».

При наличии показаний проводили фибробронхоскопию с оценкой состояния бронхиального дерева и получением материала для исследований в виде бронхиальных смывов, браш-биопсии со слизистой оболочки бронхов или чрезбронхиальной биопсии легких.

Противотуберкулезную химиотерапию (ХТ) проводили с соблюдением режимов согласно существующим рекомендациям. При наличии МЛУ ХТ осуществлялась по 4 стандартному режиму или по 4 индивидуальному при наличии теста лекарственной чувствительности (ТЛЧ).

Все пациенты осматривались врачом-инфекционистом, под наблюдением которого проводилась антиретровирусная терапия (АРВТ) в соответствии с существующими рекомендациями.

Эффективность лечения оценивали по прекращению и закрытию полостей распада, уменьшению патологических изменений в легких и признаков интоксикации у больных.

При этом, в зависимости от полученного результата лечения, выделяли градации «эффективный курс» при прекращении бактериовыделения и закрытии полостей распада, положительной рентгенологической динамике и ликвидации признаков интоксикации,

«без перемен» – при сохранении бактериовыделения, признаков интоксикации и отсутствии динамики рентгенологической картины, «ухудшение» и «смерть».

Полученные результаты обрабатывали методами вариационной статистики с определением показателя достоверности различий Стьюдента и вариационной статистики с определением критерия знаков и критерия Вилкоксона-Уайта.

Результаты и обсуждение

Из всех больных 75,3% (137) были лица, уже состоящие на учете, как ВИЧ-инфицированные, у которых при текущем плановом обследовании были выявлены изменения в легких. У 24,7% (45) наличие ВИЧ-инфекции было обнаружено в процессе обследования в связи с выявленной патологией в легких. При этом заболевание легких у 79,7% (145) было выявлено при профилактической плановой флюорографии (ФЛГ), у 20,3% (37) – при обращении в связи с наличием респираторных расстройств (кашля, одышки, болей в грудной клетке и т.п.).

В ходе дальнейшего исследования у 2,2% (4) из числа всех больных выявлены нетуберкулезные микобактерии (микобактериоз), у 2,2% (4) – пневмоцистная пневмония, у 5,5% (10) – висцеральный микоз (кандидозная пневмония в сочетании с кандидозом бронхов и пищевода), у 1,6% (3) – герпетическая пневмония.

У оставшихся 88,5% больных (161) было подтверждено наличие различных форм ТВ.

Среди больных ТВ 65,2% (105) составили мужчины.

Преобладали лица в возрасте 30-59 лет, доля которых составила 67,7% (109), больных в возрасте 18-29 лет была значительно меньше – 21,7% (35), а в возрасте старше 50 лет не превысила 10,6% (17 больных).

По месту проживания 60,9% (98) составили жители городов, 35,4% (57) – из сельской местности, 3,7% (6) – без определенного места жительства.

Основную долю в числе больных – 80,1% (129) составили неработающие лица.

До поступления в стационар в течение ближайших пяти прошедших лет побывали в исправительно-трудовых учреждениях 19,9% (32) больных.

По семейному положению 24,8% (40) больных имели семьи, 75,2% (121) были холосты (не замужем) или разведены. При направленном опросе и сопоставлении хронологии событий было установлено, что у 70,2% (66 из 94 разведенных), т.е. у большинства, распад семьи происходил уже после выявления ВИЧ-инфекции.

Наиболее значительную долю больных составили пациенты с диссеминированной, инфильтративной формами ТВ, туберкулезом ВГЛУ и плевритом туберкулезной этиологии – 34,2% (55), 28,6% (46), 13,0% (21) и 9,3% (15 больных), соответственно.

Доли больных с острым милиарным ТВ, казеозной пневмонией и очаговым ТВ составила по 5,0% (по 8 больных) каждая.

У 24,8% (40) больных ТВ легких сочетался с внелегочными поражениями в виде туберкулезного ме-

нингоэнцефалита (12), ТВ почек (8), ТВ кишечника и внутрибрюшных ЛУ (8), ТВ костей и суставов (6 больных), ТВ периферических ЛУ шеи (6).

Бактериовыделение в процессе обследования было выявлено у 49,1% (79) больных, наличие ДНК МБТ в биологических средах (мокрота, промывные воды бронхов, плевральный экссудат и т.п.) обнаружено у 88,2% (142) больных.

При этом ЛЧ возбудителя имела только у 25,4% (36) больных.

Среди оставшихся больных выявлена ЛУ МБТ различной выраженности – у 47,9% (68) больных МЛУ, у 14,1% (20) ПУ, у 9,2% (13) ШЛУ и у 3,5% (5) больных установлена МУ возбудителя.

У 11,8% (19) больных ТВ был установлен только при гистологическом исследовании биоптатов легких или ВГЛУ.

Иммунологические тесты в виде пробы Манту с 2 т.е. и диаскинтест были положительны у 49,1% (79) и 59,0% (95 больных) соответственно.

Состояние 69,6% (112) больных по ВИЧ-инфекции было оценено, как «4Б стадия вторичных проявлений», количество клеток СД 4 составила $235,5 \pm 70,5$ в мкл. при вирусной нагрузке от 300 тыс. до 1500 тыс. копий.

У 30,4% (49) инфекционных больных статус был расценен, как «4В стадия», количество клеток СД 4 не превышало 100 ($60,5 \pm 20,5$) при количестве копий от 1 млн. до 3 млн.

Сопутствующие заболевания в виде гепатита С отмечены у 55,3% (89) больных, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у 14,9% (24).

Хронический пиелонефрит, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца и кандидоз различной локализации (обычно пищевода, ротовой полости или половых путей) выявлены по 9,9% (по 16 больных) в каждой группе, герпес у 5,0% (8) больных.

Следует отметить, что у 52,8% (47) больных имелось по несколько заболеваний одновременно (гепатит С и язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца).

Наиболее частым проявлением ТВ явились фебрилитет или интермиттирующие колебания температуры тела – от субфебрильной по утрам до $38,5^{\circ}\text{C}$ к вечеру, что было отмечено у 60,2% (97) больных.

С такой же частотой наблюдалась потеря веса, на которую жаловались 60,2% (97) больных.

Респираторные расстройства в виде кашля и одышки отмечены у 50,3% (81) и у 44,7% (72) больных, соответственно.

На резкую слабость жаловались 37,9% (61) больных.

Особенностями рентгенологической картины явились атипичная локализация процесса (в средней доле правого, язычковых сегментах левого, в нижних долях или в передних сегментах верхних долей обоих легких), а также высокая частота поражения ВГЛУ.

Кроме того, у 9,9% (16) больных, обычно при дис-

семинированных формах заболевания, изменения на рентгенограмме проявлялись уже после развития клинических признаков ТВ, поэтому у некоторых больных диагноз ТВ был установлен и начата ХТ на основании только клинических и микробиологических признаков ТВ.

«Эффективный курс» лечения к завершению интенсивной фазы ХТ (8-12 мес.) в виде прекращения бактериовыделения, закрытию или уменьшению размеров полостей распада, рассасыванию участков инфильтрации и исчезновению признаков интоксикации был отмечен у 55,9% (90) больных.

Результат лечения «без перемен» в силу продолжающегося бактериовыделения, сохранения полостей распада и инфильтрации в легочной ткани, а также признаков интоксикации, наблюдался у 13,7% (22) больных.

«Ухудшение» в виде появления отсевов в легочной ткани при сохраняющихся бактериовыделении, интоксикации и полостях деструкции легочной ткани наблюдалось у 13,0% (21) больных.

Умерли на стационарном этапе лечения 17,4% (28) больных, преимущественно с ТВ ЦНС, казеозной пневмонией, милиарной и диссеминированной формами ТВ.

Таким образом, анализ обстоятельств выявления, диагностики, проявлений ТВ у ВИЧ-инфицированных лиц, а также результатов их лечения свидетельствует о том, что данная категория больных является наиболее сложной как в диагностическом, так и в терапевтическом отношении.

Выявление ТВ затруднено высокой частотой нетуберкулезных инфекций у ВИЧ-инфицированных лиц (микобактериозов, герпеса, пневмоцистной или кандидозной пневмонии).

Проявления ТВ часто носят нетипичный для него характер в виде множественности и полиморфности симптоматики, наличия внелегочных поражений.

Диагностика ТВ затруднена ввиду атипичности рентгенологической картины в виде нехарактерной локализации и позднего появления поражений легких, иммунологические тесты информативны лишь у 59,0% больных, у 11,8% для определения диагноза приходится использовать биопсию и гистологические методы.

У 57,1% впервые заболевших больных имеется МЛУ возбудителя, что затрудняет ХТ, которая эффективна лишь у 55,9% больных

Заключение и выводы

ТВ в сочетании с ВИЧ-инфекцией выявляется у наиболее работоспособной части населения (67,7% в возрасте 30-59 лет), при этом преобладают мужчины (65,2%), жители городов (60,9%), неработающие (80,1%).

У 79,7% больных ТВ выявляется при профилактической ФЛГ, у 20,3% при обращении, при этом у большинства (69,6%) ВИЧ-инфицированных ТВ развивается при снижении клеток СД 4 менее 300 в мкл.

Наиболее частыми проявлениями ТВ являются фебрилитет (60,2%), потеря веса (60,2%) и кашель (50,3%).

Самыми частыми формами являются диссеминированный (34,2%), инфильтративный (28,6%), ТВ ВГЛУ (13,0%) и туберкулезный плеврит (9,3%), у 24,8% имеются внелегочные поражения в виде ТВ ЦНС, почек, периферических или внутрибрюшных ЛУ и кишечника, костей и суставов.

Рентгенологическими особенностями ТВ у ВИЧ-инфицированных лиц является часто атипичная локализация поражений.

У 57,1% ВИЧ-инфицированных больных возбу-

дитель ТВ имеет высокую степень ЛУ в виде МЛУ и ШЛУ.

ХТ эффективна лишь у 55,9% ВИЧ-инфицированных больных, у 13,7% положительных результатов добиться не удастся, а у 13,0% даже на фоне лечения наблюдается отрицательная клинико-рентгенологическая динамика.

Сочетание ТВ с МЛУ возбудителя и ВИЧ-инфекции сопровождается высокой смертностью (17,4% больных) преимущественно у лиц с ТВ ЦНС, казеозной пневмонией, милиарной и диссеминированной формами ТВ.

Список литературы:

1. The end TB Strategy. WHO.HTM.TB. Geneva. 2015.
2. Васильева И.А. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации и пути ее совершенствования, 2022.-М.2022.
Vasil'eva IA. Jepidemicheskaja situacija po tuberkulezu v Rossijskoj Federacii i puti ee sovershenstvovanija2022. (In Russ.).
3. Туберкулез в Российской Федерации 2010. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в РФ по туберкулезу 2010.-М., 2011,284 с.
Tuberkulez v Rossijskoj Federacii 2010. Analiticheskij obzor statisticheskikh pokazatelej, ispol'zuemyh v RF po tuberkulezu2011.284 p. (In Russ.).
4. Борисов С.Е., Белиловский Е.М., Кук Ф., Шайкевич Ш. Досрочное прекращение лечения в противотуберкулезных стационарах. Проблемы туберкулеза. 2001;6:17-29.
BorISOV SE, Belilovskij EM, Kuk F, Shajkevich Sh. Dosrochnoe prekrashhenie lechenija v protivotuberkuleznyh stacionarah. Problemy tuberkuleza. 2001;6:17-29. (In Russ.).
5. Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от 08.03.2015. №21-ФЗ.
Kodeks administrativnogo sudoproizvodstva Rossijskoj Federacii ot 08.03.2015;21(FZ). (In Russ.).