

*Пожарицкий А. М., Головацкий А. П.*

## **ВЛИЯНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРАПИИ**

*Научный руководитель ассист. Михайлова О. В.*

*Кафедра фтизиопульмонологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** В связи с распространением ВИЧ-инфекции в начале 90-х годов прошлого столетия значительно возросла и заболеваемость туберкулезом. Произошло это по причине поражения иммунной системы ВИЧ-инфицированных, в следствие чего также возросла встречаемость туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). По мнению ученых ВОЗ, до 15% всех случаев МЛУ-ТБ приходится на страны постсоветского пространства. И, хотя уже известно, что ВИЧ-инфекция не провоцирует напрямую развитие форм туберкулеза с МЛУ, открытым остается вопрос о значении инфицирования ВИЧ при лекарственно чувствительном (ЛЧ-ТБ) и МЛУ-ТБ с точки зрения применяемой терапии.

**Цель:** сравнить влияние ВИЧ-инфекции на течение ЛЧ-ТБ и МЛУ-ТБ в зависимости от применяемой терапии.

**Материалы и методы.** Нами проведен ретроспективный анализ 40 медицинских карт стационарного пациента, находившихся на лечении в ГУ “РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии”. Исследовались пациенты за период с 2015 по 2021 гг в возрасте  $42 \pm 8,6$  лет, среди которых 21 мужчина и 19 женщин. Все больные были разделены на две группы: 1 группа ( $n_1=20$ ) – пациенты с ЛЧ-ТБ, получавшие рифампицин, изониазид, пиперазидин и этамбутол; 2 группа ( $n_2=20$ ) – пациенты с МЛУ-ТБ, получавшие фторхинолон (левофлоксацин / моксифлоксацин) и аминогликозид (амикацин / канамицин / капреомицин). Во внимание принимались результаты биохимического и общего анализов крови, а также общего анализа мочи и коагулограммы, а именно маркеры поражения печени, почек, системы гемостаза на этапе поступления в лечебное учреждение и через два месяца после проводимой терапии. Статистическая обработка данных выполнена с использованием U-критерия Манна-Уитни, значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** В группе  $n_1$  обнаружены статистически значимые увеличения биохимических показателей в крови через два месяца после начатой терапии относительно данных, полученных в день поступления: содержание белка (увеличение на 8,9%,  $p < 0,05$ ), АЛТ (увеличение на 59,2%,  $p < 0,01$ ) и АСТ (увеличение на 57,6%,  $p < 0,01$ ) со смещением коэффициента де Ритиса в сторону поражения печени, ГГТП (увеличение на 50,2%,  $p < 0,05$ ), щелочной фосфатазы (увеличение на 42,4%,  $p < 0,01$ ), общего билирубина (увеличение на 45,7%,  $p < 0,01$ ). Уровень фибриногена в крови, наоборот, снижался – на 63% ( $p < 0,05$ ), протромбиновое время увеличивалось на 21,8% ( $p < 0,05$ ). Также до субнормальных значений снижался уровень мочевины в крови.

В группе  $n_2$  через 2 месяца после начатого лечения отмечено увеличение содержания мочевины (на 27,5%,  $p < 0,05$ ) и креатинина (на 56,4%,  $p < 0,01$ ). Такие параметры, как общий белок, АЛТ, АСТ, ГГТП, щелочная фосфатаза, общий билирубин, фибриноген, протромбиновое время статистически значимых различий между днем поступления и через два месяца после лечения не продемонстрировали.

Уровень СОЭ в крови достоверно снижался в обеих группах ( $p < 0,01$ ).

**Выводы.** При лечении ЛЧ-ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией имеет место синдром цитолиза, связанный, вероятнее всего, с применяемой комбинацией рифампицина, изониазида, пиперазида и этамбутола, имеющих доказанное негативное влияние на гепатобилиарную систему. С другой стороны, в ходе лечения МЛУ-ТБ с ВИЧ-инфекцией наблюдается выраженное снижение СКФ – симптом хронической болезни почек, что также может быть связано с применением нефротоксических препаратов.