

Рабченко П.Ю.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СВОЕВРЕМЕННОСТЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Лицкевич Л.В.

Кафедра фтизиопульмонологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Туберкулез (ТБ) – это важная проблема здравоохранения на глобальном уровне. Появление устойчивых к противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС) штаммов микобактерий и коинфекции вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) являются основными причинами заболеваемости и смертности вследствие ТБ. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире туберкулезом заболевают более 10 миллионов человек, около 1,5 миллионов человек умирают от ТБ, в т.ч. 20% от ВИЧ-ассоциированного ТБ.

Цель: изучить взаимосвязь между своевременностью выявления пациентов с ТБ и ВИЧ-ассоциированным ТБ у пациентов, находившихся на лечении в отделениях с лекарственно-устойчивыми (ЛУФТ) и лекарственно-чувствительными формами туберкулеза (ЛЧФТ) ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» за период с 2017 по 2023 годы.

Материалы и методы. В ходе рандомизированного ретроспективного исследования методом сплошного отбора были изучены медицинские карты 98 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделениях ЛУФТ и ЛЧФТ ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии». У всех пациентов диагностирован ТБ органов дыхания. Пациенты в ходе исследования были разделены на две группы: I группа – пациенты с ВИЧ-ассоциированным ТБ – основная (ОГ, 49 пациентов, средний возраст $39 \pm 2,2$ лет), II группа – пациенты с ТБ без сопутствующей ВИЧ-инфекции – контрольная группа (КГ, 49 пациентов, средний возраст $52 \pm 1,8$ лет). В ходе исследования использованы достоверные критерии своевременного выявления ТБ, включающие: наличие бактериовыделения, отсутствие полостей распада, обсеменения, клиническая форма ТБ. Учитывались виды лекарственной устойчивости МБТ, которые были установлены с использованием метода GeneXpert.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов основной группы выявлены: 57,2% – с инфильтративным ТБ (28 чел.), 4,1% – с очаговым ТБ (2 чел.), 36,7% – с диссеминированным ТБ (18 чел.), 2,0% – с туберкулезом плевры (1 чел.). Среди пациентов контрольной группы выявлены: 75,6% – с инфильтративным ТБ (37 чел.), 6,1% – с очаговым ТБ (3 чел.), 12,2% – с диссеминированным ТБ (6 чел.), 6,1% – с туберкулезом (3 чел.). У пациентов основной группы лишь у 28,6% (14 чел.) обнаружен своевременно выявленный ТБ, у 71,4% (35 чел.) – несвоевременно выявленный. У пациентов контрольной группы у 57,1% (28 чел.) выявлен своевременно выявленный ТБ, у 42,9% (21 чел.) – несвоевременно выявленный. Среди пациентов основной группы были установлены: лекарственно-чувствительная форма туберкулеза в 44,9% случаев (22 чел.), МЛУ – в 32,7% случаев (16 чел.), ШЛУ – в 10,2% случаев (5 чел.), монорезистентность к препаратам I ряда (рифампицину или изониазиду) – в 12,2% случаев (6 чел.). Среди пациентов контрольной группы были выявлены: лекарственно-чувствительная форма туберкулеза – в 75,5% случаев (37 чел.), МЛУ – в 14,3% случаев (7 чел.), ШЛУ – в 2,0% случаев (1 чел.), монорезистентность к препаратам I ряда (рифампицину или изониазиду) – в 8,2% случаев (4 чел.).

Выводы. ВИЧ-ТБ диагностируется у пациентов мужского пола в 3,9 раза чаще, чем у женщин. В структуре клинических форм у пациентов с ВИЧ-ТБ преобладают инфильтративный ТБ (57,2%) и диссеминированный ТБ (34,7%). Своевременность выявления пациентов с ВИЧ-ТБ в 2 раза ниже, чем пациентов с туберкулезом без сопутствующей ВИЧ-инфекции. Множественная, широкая лекарственная устойчивость и монорезистентность возбудителя туберкулеза к препаратам I ряда (рифампицину или изониазиду) в 2,25 раза чаще определяются у пациентов с ВИЧ-ассоциированным ТБ.