



ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ

Усмонов И. Х.

Д.М.Н., Заведующей кафедрой «Фтизиатрия и пульмонология» Бухарского государственного медицинского института
uisamiddin@bk.ru

Камолов Х. У.

Клинический ординатор кафедры «Фтизиатрия и пульмонология» Бухарского государственного медицинского института

Аннотация

Проанализировано данных обследований у 28 ВИЧ инфицированных больных с туберкулёзом легких, которым проведено комплексное лечение вместе с вирусологами. Из них – у 3(10,7%) случаев наблюдался туберкулёз очаговый туберкулёз легких, инфильтративный туберкулёз легких – у 19(67,9%), диссеминированный туберкулёз легких – у 1(3,6%), цирротический туберкулёз легких – у 1(3,6%), туберкулёзный плеврит – у 2 (7,1%) и туберкулома легких – у 2(7,1%) больных. Всем больным проведено комплексное исследование: клиничко-лабораторное, иммунологические, бактериологическое и инструментальное.

При анализе отделённых результатов исследуемых больных выявлено смертные случае - у 6(21,4%) больных в сроке 1-6 месяца, а остальных 78,6% случаях наблюдается выздоровление от туберкулёза легких.

ARTICLE INFO

Article history:

Received 6 Aug 2022

Revised form 5 Sep 2022

Accepted 10 Oct 2022

Ключевые слова: туберкулёз легких у ВИЧ инфицированных, диагностика, лечение.

© 2019 Hosting by Central Asian Studies. All rights reserved.

Введение: ВИЧ-ассоциированный туберкулез – ТБ (коинфекция ТБ/ВИЧ) становится одной из главных проблем современной фтизиатрии. За последнее десятилетие отмечаются многократный рост числа случаев заболевания и высокие показатели летальности среди пациентов как медицинских учреждений государственной системы здравоохранения, так и пенитенциарных учреждений [2]. ТБ и ВИЧ-инфекция – это «двойной удар» для людей, которые живут с двумя заболеваниями: ТБ способен развиваться у человека, чья иммунная система ослаблена ВИЧ-инфекцией, а ВИЧ быстрее размножается в организме человека, который болен ТБ. Наличие сочетанной инфекции повышает риск того, что у людей с ТБ и ВИЧ заболевание протекает тяжелее [3,6]. Часто клиническая картина больных коинфекцией ТБ/ВИЧ имеет стертые хроническое течение без специфических признаков [1]. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции ТБ характеризуется преобладанием генерализованных форм,

выраженным интоксикационным синдромом. При этом он может сопровождаться снижением частоты деструкции ткани и бактериовыделения [4].

Систематический скрининг для выявления туберкулеза среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, является существенным компонентом рекомендаций ВОЗ по контролю ВИЧ-инфекции и туберкулеза. По данным 2014 г., из 76 стран около 63% больных ВИЧ-инфекцией, наблюдаемых по поводу данного заболевания ("enrolled in HIV care"), были осмотрены на туберкулез. В Российской Федерации доля охвата больных ВИЧ-инфекцией осмотрами на туберкулез достигла в 2014 г. 81,7% [5,6].

По меньшей мере, третья часть из 34 миллионов людей, живущих с ВИЧ, во всем мире, имеет латентную форму ТБ. Для людей с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ вероятность развития заболевания ТБ в 21-34 раза выше, чем для тех, у кого нет ВИЧ-инфекции. ТБ является наиболее частой причиной для обращения за медицинской помощью среди людей, живущих с ВИЧ, включая тех, кто принимает АРТ [3,6].

Материалы и методы исследования: в основу работы положены данные обследования 28 ВИЧ инфицированные больные с туберкулёзом легких, из них – у 3(10,7%) случаев наблюдался туберкулёз очаговый туберкулёз легких, инфильтративный туберкулёз легких – у 19(67,9%), диссеминированный туберкулёз легких – у 1(3,6%), цирротический туберкулёз легких – у 1(3,6%), туберкулёзный плеврит – у 2 (7,1%) и туберкулома легких – у 2(7,1%) больных.

Возраст больных варьировал от 19 до 68 лет, а средний возраст составил 45,4 года.

Таблица № 1. Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Число больных	19-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и Старше
Мужчины	23 (82,0%)	2(8,7%)	5(21,7%)	8(34,8%)	7(30,4%)	1(4,4%)
Женщины	5 (18,0%)	-	1(20,0%)	2(40,0%)	2(40,0%)	-
Всего:	28(100%)	2(7,1%)	6(21,4%)	10(35,7%)	9(32,2%)	1(3,6%)

Проведено комплексное исследование: клинико-лабораторное, иммунологические, бактериологическое (молекулярно-генетические методы (Gene Expert, HAIN Test) и методы посева на жидкой (MGite ВАСТЕК 960) или твёрдой (Левенштейна - Йенсена) и инструментальное (рентгенография легких, МРТ, МСКТ, УЗИ). У 23(82,1%) больных кроме ВИЧ инфекции встречались сопутствующие заболевания. В клиническом течении кашель с выделением мокроты наблюдался - у 100,0% больных, кровохарканье – у 5(17,9%), периодические кратковременные приступы удушья - у 7(25,0%) и выраженные интоксикационные синдромы - у 21(75,0%) случаев. В мокроты - у 25(89,3%) больных выявлено микобактерия туберкулёза: у 14(50,0%) случаев RIF/S (чувствительная) форма, у 8(28,6%) – мульти резистентная (MDR-устойчивый к рифампицину) RIF/R и у 3(10,7%) - монорезистентная форма (устойчивый к изониазиду, а чувствителен к рифампицину). Больные получили лечение по стандарту: чувствительные формы туберкулёза в интенсивной фазе (56-84 дней) с применением 4 противотуберкулёзных препаратов первого ряда и последующим продолжением лечение поддерживающей фазе с использованием 2 противотуберкулёзного препарата в сроке 4 месяца, мульти резистентная – MDR формы туберкулёза которую устойчива к первому ряду противотуберкулёзных препаратов назначено препараты второго ряда: капреомицин, канамицин, циклосерин, ПАСК, протионамид, фторхинолоны: левофлоксацин, офлофлоксацин в сроке 20 месяцев и моно резистентные форма, которая микобактерия устойчив к изониазиду, но чувствителен к рифампицину назначено левофлоксацин место изониазида в сроке 9 месяцев.

Результаты и обсуждение: эффективность комплексной лечения изучена в сроке от 3 месяца до 4 года. Результаты лечения зависит от адекватного противотуберкулёзной и АРВ терапии, патогенетической терапии и соблюдение санитарно-гигиенических и реабилитационных мероприятий. Следует отметить, что психоэмоциональная состояния больного и моральная

реабилитация дает возможность выздоровлению от болезни. Противотуберкулёзное лечение проведено совместно с вирусологами на фоне АРВТ.

Таблица №2. Оценка изменений CD4+ клеток и вирусной нагрузки крови на фоне комплексной терапии

Диагностические Критерии	До установление диагноза ТБ	До начало ПТТ	После интенсивного курса ПТТ
Количество CD4+ клеток *	41-209	18-377	51-325
Количество вируса *	500-2119125	60-3671732	26-54246

Примечание: противотуберкулёзное терапия – ПТТ, * - в 1 мл крови

До начало лечения количество CD4+ клеток в 1 мл крови минимальный показатель составлял - 18, а после интенсивной терапии число клеток 2,8 раза увеличивался. Максимальная количество ретро вируса в 1 мл крови до начало лечения составлял – 3671732, а после интенсивной фазе число вируса уменьшался на 54246.

В 25(89,3%) случаев наблюдается бактериовыделение с мокротой, у 24(96,0%) случаев после месячного ПТТ при бактериоскопической исследовании обнаружено абациллирование мокроты, а у 1(4,0%) больного бактериовыделение не прекращался до 56 дней и продлено интенсивная фаза до 84 дней, после этой лечения в мазках микобактерия не выявлено.

Выводы

1. Выявлено, что молекулярно-генетические методы является высокоэффективным бактериологическим методом, так-как чувствительность методов составил у Hain Test – 100% и в аппарате Gene Expert - 89,3% случаев.
2. Адекватная комплексная терапия приводит к увеличению количество CD4+ клеток и уменьшению вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).
3. Комплексное противотуберкулёзное лечение на фоне АРВТ приводит к выздоровлению от туберкулёза легких в 78,6%±2,4 случаев.

Литературный список:

1. Isomiddin USMONOV, Umrzok SHUKUROV. (2021). Features of the Clinical Course, the State of Diagnosis and Treatment of Hiv-Associated Pulmonary Tuberculosis in Modern Conditions Literature Review. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 1809–1828. Retrieved from <https://www.annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/2700>
2. Isomiddin Xaydarovich Usmonov, Nodir Yusufovich Kobilov. (2021). Epidemiology, Clinical Course, Diagnosis and Treatment of Generalized Tuberculosis in Modern Circumstances Literature Review. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 25(2), 3806–3819. Retrieved from <https://www.annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/1387>
3. Kh U. I., Muazzamov B. R., Jumaev M. F. Features of diagnostics and treatment of drug-resistant forms of pulmonary tuberculosis //International journal of pharmaceutical research. – 2021. – Т. 13. – №. 1. – С. 2484-2489.
4. Парпиева Н. Н. и др. Особенности диагностики и лечения при генерализированных формах туберкулёза //Новый день в медицине. Бухара,(2). – 2020. – С. 424-428.
5. Ismoilovich A. F. Tuberculosis Diagnostics with Modern Solutions (Literature Review) //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2022. – Т. 3. – №. 3. – С. 377-383.
6. Ismoilovich A. F. Modern Diagnostic Test for Tuberculosis //European Multidisciplinary Journal of Modern Science. – 2022. – Т. 4. – С. 408-412.

7. Aslonov F. I., Rustamova S. A., Raxmonova K. M. Immunopathological aspects in patients with first detected pulmonary tuberculosis //World Bulletin of Public Health. – 2021. – Т. 4. – С. 91-95.
8. Мизробовна, Р. К. (2021). Туберкулез Легких И Сопутствующие Заболевания. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 2(6), 137-144. <https://doi.org/10.47494/cajmns.v2i6.496>
9. Музробовна, Р. К. (2022). Разработка Методов Ранней Диагностики, Лечения И Профилактики Хронической Дыхательной Недостаточности При Туберкулёзе Легких(Обзорная Литературы). Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 3(3), 262-272. Retrieved from <https://cajmns.centralasianstudies.org/index.php/CAJMNS/article/view/776>
10. Mizrobovna, R. K. . (2022). Accompanying Diseases of the Respiratory System Pulmonary Tuberculosis. European Multidisciplinary Journal of Modern Science, 4, 244–250. Retrieved from <https://emjms.academicjournal.io/index.php/emjms/article/view/75>
11. Ulugbek o'gli, A. M. (2022). Factors Predicting Mortality in Pulmonary Tuberculosis. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 3(3), 362-367. Retrieved from <https://cajmns.centralasianstudies.org/index.php/CAJMNS/article/view/795>
12. o'gli, Abukarimov Mirzobek Ulugbek. 2022. “Test for Procalcitonin As a Way to Predict Patients With Respiratory Tuberculosis”. European Multidisciplinary Journal of Modern Science 4 (March):486-91. <https://emjms.academicjournal.io/index.php/emjms/article/view/119>.
13. Салимовна, А. Г. (2022). Массовый Скрининг Для Выявления Туберкулезной Инфекции У Детей В Возрасте От 2 До 8 Лет. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 3(3), 368-376. Retrieved from <https://cajmns.centralasianstudies.org/index.php/CAJMNS/article/view/796>
14. Salimovna, A. G. . (2022). Diagnosis of Tuberculosis Infection Activity by ELISA and Transcription Analysis Methods. European Multidisciplinary Journal of Modern Science, 4, 492–497. Retrieved from <https://emjms.academicjournal.io/index.php/emjms/article/view/120>
15. Жумаев Мухтор Фатуллаевич СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЕГКИХ // Вопросы науки и образования. 2021. №15 (140). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/slozhnosti-diagnostiki-i-lecheniya-lekarstvenno-ustoychivyh-form-tuberkulyoza-legkih> (дата обращения: 27.09.2022).
16. Jumayev Mukhtor Fatullayevich. (2021). BIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE CAUSATIVE AGENT OF TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS. World Bulletin of Public Health, 5, 27-32. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/368>
17. Akhtamovna, K. N. (2021). Fibrotic Complications in the Lungs in Patients Who Have Had COVID-19 Pathogenesis of COVID-19. European Journal of Life Safety and Stability (2660-9630), 9, 14-24. Retrieved from <http://www.ejlss.indexedresearch.org/index.php/ejlss/article/view/133>
18. Axtamovna K. N. Optimization of methods of treatment of fibrotic complications in the lungs in patients with tuberculosis and covid-19 //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 1335-1342.