

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА И ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Назиров П.Х.¹, Эрматов Б.Б.², Джураев Б.М.³

¹Назиров Примкул Хужамович – доктор медицинских наук, профессор, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии;

²Эрматов Бехзод Бахромович - соискатель,

Центр фтизиатрии и пульмонологии Джизакской области;

³Джураев Бахтиер Мадаминович – кандидат медицинских наук, директор, Центр фтизиатрии и пульмонологии Сурхандарьинской области, г. Бухара, Республика Узбекистан

Аннотация: проанализированы данные обследований у 34 больных с коинфекцией - ВИЧ + туберкулёз, из них – у 28(82,4%) случаев туберкулёз легких, а у 6(17,6%) - туберкулёзный спондилит, которым проведено комплексное лечение вместе с вирусологами. Нозологическая структура была следующей: очаговый туберкулёз легких - 3 (8,8%) случая, инфильтративный туберкулёз легких – у 19(55,9%), диссеминированный туберкулёз легких – у 1(2,9%), цирротический туберкулёз легких – у 1(2,9%), туберкулёзный плеврит – у 2 (5,9%), туберкулома легких – у 2(5,9%), туберкулёз поясничного отдела позвоночника – у 3(8,8%), туберкулёз грудного отдела позвоночника – у 2(5,9%) и единичном случае туберкулёз пояснично-крестцового отдела позвоночника – 1 (2,8%). Всем больным проведено комплексное исследование: клинико-лабораторное, иммунологическое, бактериологическое и инструментальное. При анализе отделённых результатов исследуемых больных выявлены смертельные случаи - у 7(20,6%) больных в сроке 1-6 месяцев, а в остальных 79,4% случаев наблюдалось выздоровление от туберкулёза легких.

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

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 [1, 7, 8, 10]. 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, 12]. Часто клиническая

картина больных коинфекцией ТБ/ВИЧ имеет стертое хроническое течение без специфических признаков [1,9]. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции ТБ характеризуется преобладанием генерализованных форм, выраженным интоксикационным синдромом. При этом он может сопровождаться снижением частоты деструкции ткани и бактериовыделения [7, 8, 9, 11].

В зависимости от степени выраженности иммунодефицита туберкулезный процесс приобретает склонность к агрессивному и остропрогрессирующему течению. По литературным данным у ВИЧ-позитивных лиц в структуре легочных форм преобладают диссеминированный и инфильтративный ТБ, занимая долю около 30% каждый. У ВИЧ-позитивных лиц до 2 раз чаще встречаются экстрапульмональные формы ТБ, а также пульмональные формы осложняются сочетанием с ТБ внелегочной локализации, приводя к генерализации процесса [4, 5, 7, 13].

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, 8, 14].

Материалы и методы исследования: в основу работы положены данные обследования у 34 больных с коинфекцией - ВИЧ + туберкулез, из них – у 28(82,4%) случаев наблюдается туберкулез легких, а – у 6(17,6%) туберкулезный спондилит, которым проведено комплексное лечение вместе с вирусологами. Нозологическая структура была следующим: очаговый туберкулез легких - 3 (8,8%) случаев, инфильтративный туберкулез легких – у 19(55,9%), диссеминированный туберкулез легких – у 1(2,9%), цирротический туберкулез легких – у 1(2,9%), туберкулезный плеврит – у 2 (5,9%), туберкулома легких – у 2(5,9%), туберкулез поясничного отдела позвоночника – у 3(8,8%), туберкулез грудного отдела позвоночника – у 2(5,9%) и туберкулез пояснично-крестцового отдела позвоночника – 1 (2,9%) случае.

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	27 (79,4%)	2(7,4%)	8(29,6%)	9(33,3%)	7(25,9%)	1(3,7%)
Женщины	7 (20,6%)	-	3(42,8%)	2(28,6%)	2(28,6%)	-
Всего:	34 100%	2 5,9%	11 32,3%	11 32,3%	9 26,6%	1 2,9%

Из таблицы 1 видно, что в возрасте 30-49 лет болезнь часто встречался – у 22(64,6%) случаев. 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 28(82,3%) больных кроме ВИЧ инфекции встречались сопутствующие заболевания.

Таблица 2. Локализация поражения туберкулёзом позвоночника

Локализация процесса	Число больных
Грудной VTh 4-5	1(16,7%)
Грудной VTh 7-9	1(16,7%)
Поясничный VL1-2	1(16,7%)
Поясничный VL3-4	2(33,3%)
Поясничный VL4-5, VL5-VS1*	1(16,7%)
Всего:	6(100%)

Примечание: * - билочальный процесс.

В клиническом течении кашель с выделением мокроты наблюдается - у 31(91,2%) больных, кровохарканье – у 5(14,7%), периодические кратковременные приступы удушья - у 7(20,6%) и выраженные интоксикационные синдромы - у 21(61,8%) случаев. Боли в поражённом сегменте позвоночника с иррадиацией – 6(100%) больных, из них у одного больного, которого процесс локализовался в грудном VTh 7-9 отделе позвоночника с эпидуральным и пара-, превертебральным абсцессом наблюдается нижняя параплегия, а у троих которого процесс локализовался поясничном отделе позвоночника наблюдается боли и слабость нижних конечностей.

Больным туберкулёзом позвоночника – у 5(83,3%) случаев проведено радикально-восстановительная операция, а у 1(16,7%) больных консервативная лечения. В мокроты - у 28(82,3%) больных выявлено микобактерия туберкулёза: у 17(60,7%) 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 3. Оценка изменений CD4+ клеток и вирусной нагрузки крови на фоне комплексной терапии

Диагностические критерии	До установления 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 исследование обнаружено абациллирование мокроты, а у 1(4,0%) больного бактериовыделение не прекращался до 56 дней и продлено интенсивная фаза до 84 дней, после этого лечения в мазках микобактерия не выявлено.

Всем больным проведено хирургическая лечения строгим жизненным показаниям. У 5 больных, проведённых радикальная восстановительная операция позвоночника, наблюдается улучшение общую состояние и восстановление функции позвоночника. В единичных случаях после операции на второй день наблюдается летальный исход.

При анализе отделённых результатов исследуемых больных выявлено смертные случаи - у 8(23,5%) больных в сроке 1-6 месяца, а остальных 76,5% случаях наблюдается выздоровление от туберкулёза легких.

Выводы

Полученные результаты анализов показало, что после интенсивной комплексной терапии количество CD4+ клеток в 1 мл крови 2,8 раза увеличивался. Максимальная количество ретро вируса в 1 мл крови до начала лечения составлял – 3671732, а после интенсивной фазы число вируса уменьшался на 54246.

Комплексная лечения с учетом чувствительности микобактерии к противотуберкулёзным препаратам на фоне АРВТ проводить к выздоровлению от туберкулёза легких в 76,5%±2,4 случаев.

При туберкулёзе позвоночника у ВИЧ инфицированных больных проведение хирургические лечение улучшает состояние больного и восстанавливает функции позвоночника.

Список литературы

1. *Назиров П.Х., Усмонов И.Х., Джураев Б.М., Бозоров Ш.И.* Современное хирургическое лечение туберкулёзных спондилитов. Монография. Бухара, 2021.
2. *Нарзуллаев Н.У., Вохидов Н.Х., Шодиев А.Ж., Нуртазаева Г.Б.* Острый средний отит у ВИЧ–инфицированных детей- тактика ведения больных // Вестник «ТИНБО». Ташкент, 2013. № 1. С. 201-203.
3. *Тешаев Ш.Ж. и др.* Взаимосвязь антропометрических показателей с объёмом яичек и сперматогенезом юношей призывного возраста Бухарской области // Врач-аспирант, 2006. № 1. С. 84-87.
4. *Усмонов И.Х., Шукуров У.З.* Особенности лечения при туберкулёзе легких у ВИЧ инфицированных больных // Международная научная конференция Актуальные вызовы современной науки. Сборник научных трудов. Часть 2, 2020. № 6. С. 76-78.
5. *Усмонов И.Х., Назиров П.Х., Зоиров М.Х.* Возможности антибактериальной и патогенетической терапии при лечении осложненных форм туберкулеза позвоночника // Вестник Ташкентской медицинской академии, 2017. № 3. С. 83-85.
6. *Davlatov S.S., Kasimov S.Z.* Extracorporeal technologies in the treatment of cholemic intoxication in patients with suppurative cholangitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 175-179.
7. *Usmonov Isomiddin Kh., Muazzamov Bahodir R., Jumaev Muhtor F.* Features of diagnostics and treatment of drug-resistant forms of pulmonary tuberculosis. International journal of pharmaceutical research. Jan. – Mar, 2021. Vol. 13. Issue 1. P. 2484-2489.
8. *Usmonov Isomiddin Kh., Bozorov Shukhrat I.* Improvement of anterior extraperitoneal approaches in the surgical treatment of tuberculosis of the lumbar and lumbosacral spine, International journal of pharmaceutical research | Jan - Mar 2021 | Vol 13 | Issue 1. P. 2476-2483.

9. *Khamdamov B.Z. et al.* Method of prevention of postoperative complications of surgical treatment of diabetic foot syndrome // *European science review*, 2018. № 9-10-2. C. 194-196.
10. *Khasanova D.A., Teshaev S.J.* Effects of genetically modified products on the human body (literature review), 2020. T. 5. № 45. C. 5.
11. *Shamsiyev A., Davlatov S.* A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // *International Journal of Medical and Health Research*, 2017. C. 80-83.
12. *Turdiev M.R., Teshaev S.J.* Comparative characteristics of the spleen of white rats in normal and chronic radiation sickness // *Chief Editor*. T. 7. P. 11.
13. *Usmonov I.X., Yusufovich K.N.* Epidemiology, Clinical course, diagnosis and treatment of generalized tuberculosis in modern circumstances (literature review). *Annals of R.S.C.B.*, ISSN:1583-6258. Vol. 25, Issue 2, 2021. Pages. 3806–3819.
14. *Usmonov I., Shukurov U.* Features of the clinical course, the state of diagnosis and treatment of hiv-associated pulmonary tuberculosis in modern conditions (literature review). *Annals of R.S.C.B.*, ISSN:1583-6258. Vol. 25. Issue 4, 2021. Pages. 1809–1828.