

ких. Инфильтративный туберкулез в 7 случаях из 17 локализовался в нижних отделах легких, часто (у 10) не сопровождался деструкциями. Экссудативный плеврит характеризовался накоплением большого количества жидкости, в 2 случаях был двусторонним. Увеличение внутригрудных лимфатических узлов наблюдалось в большинстве случаев (72). Деструкции в легочной ткани имели место у 35 больных.

Бактериовыделение с мокротой установлено у 65 (65%) человек. Множественная лекарственная устойчивость возбудителя определена в 40/65 (61,5%) случаях, широкая лекарственная устойчивость – в 6/65 (9,2%). В клиническом анализе крови повышение СОЭ наблюдалось у всех больных, в том числе выше 40 мм/ч – у 35, лейкоцитоз – у 37, лимфопения – у 54, снижение уровня гемоглобина – у 40 человек.

По данным клинического обследования выявлено поражение туберкулезом, кроме легких, других органов у большинства пациентов: селезенки – у 83, печени – у 81, плевры – у 49, почек – у 19, центральной нервной системы – у 16, кишечника – у 9, внутрибрюшных лимфатических узлов – у 9, поджелудочной железы – у 4, щитовидной железы – у 1.

Кожная проба с аллергеном рекомбинантным туберкулезным была отрицательной у 92 пациентов, сомнительной – у 8.

Через 2 мес. лечения прекратилось бактериовыделение (бактериоскопия мокроты) у 58 из 65 (90%), уменьшились полости распада у 31 из 35 (88,9%). Во всех случаях наблюдались клинические и лабораторные проявления положительной динамики в течении туберкулеза.

Заключение. Туберкулезный процесс развивался у больных ВИЧ-инфекцией преимущественно через короткие сроки после диагностики ВИЧ-инфекции, на поздних ее стадиях и при отсутствии предварительной АРВТ. Преобладающей клинической формой туберкулеза легких была диссеминированная, в сочетании с поражением многих органов. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией сопровождался яркими клиническими проявлениями в виде высокой температуры с ознобами, обильных ночных потов, выраженной слабости, потери массы тела, общего тяжелого состояния. Респираторный синдром был выражен умеренно. Рентгенологические изменения нередко носили атипичный характер. На фоне специфической противотуберкулезной и противовирусной терапии достигался положительный клинический эффект.

*Копылова Инна Федоровна,
e-mail: kemphiza@mail.ru*

DOI 10.21292/2075-1230-2018-96-5-56-57

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ДИССЕМНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕВЕРНЫХ РЕГИОНАХ

Кузьмина Н. В., Нелидова Н. В.

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DISSEMINATED TUBERCULOSIS AND MULTIPLE DRUG RESISTANCE, RESIDING IN THE NORTHERN TERRITORIES

Kuzmina N. V., Nelidova N. V.

Surgut State University, Surgut, Khanty-Mansiysky Autonomous District, Russia

Цель исследования: изучение клинико-лабораторно-рентгенологических проявлений диссеминированного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью у пациентов, проживающих в условиях северного региона.

Материалы и методы. Проанализированы данные 24 больных диссеминированным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, завершивших интенсивную фазу лечения в 2016 г.

Результаты. Преобладали мужчины (20/24 человек; 83,3%). Превалировала по численности

(19 человек, 79,2%) возрастная группа 31-40 лет, средний возраст составил $31,3 \pm 1,1$ года. У половины больных (12, 50,0%) диагноз установлен впервые, у 5 (20,8%) человек выявлен рецидив заболевания, у 7 (29,2%) человек – обострение туберкулезного процесса. При обращении с жалобами выявлено 13 (51,2%) человек, у остальных туберкулез выявлен при прохождении периодических осмотров. Контакт с больными туберкулезом не исключили 13 (54,2%) больных. Лишь у 1 (4,2%) пациента был внутрисемейный контакт с больным туберкулезом.

Среди сопутствующих заболеваний у больных диссеминированным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью занимали вирусные заболевания: хронический вирусный гепатит С имели 16 (66,7%) больных, еще 4 (16,7%) – хронический вирусный гепатит С и В, у 13 (54,2%) больных была ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний. У 10 (41,7%) больных обнаружен хронический бронхит, у такого же числа больных определено пагубное употребление наркотических средств и алкоголя. Энцефалопатия смешанного генеза выставлена у 8 (33,3%) больных. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалась у 3 (12,5%) больных, хронический гастрит – у 7 (29,2%) больных.

Анализ течения инфекционного процесса показал, что у 20 (83,3%) пациентов клиническая симптоматика туберкулеза развивалась подостро (в среднем за $3,2 \pm 1,9$ мес.) с достаточно быстрым нарастанием интоксикационного синдрома и локальных проявлений заболевания. Острое начало отмечено у 4 (16,7%) пациентов. Таким образом, даже при обширном поражении легочной ткани сохраняется признак, характерный для туберкулеза – относительная длительность развития и хорошая переносимость заболевания.

Кроме поражения легких, наблюдалось поражение туберкулезом других органов: менингеальных оболочек – у 1 больного, почки – у 2 больных, плевры – у 2 пациентов.

При выявлении туберкулеза из бронхолегочных симптомов чаще всего имел место кашель с выделением мокроты – у 19/24 (79,2%) больных, выраженная одышка – у 9/24 (37,5%), боль в грудной клетке – у 5 (20,8%), кровохарканье – у 1 (4,2%) больного. Симптомы интоксикации отмечались у всех (100%) больных. Слабость беспокоила 23 (95,8%) больных, повышение температуры зафиксировано у 16 (66,7%), до фебрильных цифр – у 10 (41,2%) человек, повышенная потливость обнаружена у 8 (33,3%) человек. Снижение массы тела было у 9 (37,5%) человек.

При поступлении в стационар у 5 (20,8%) больных определено состояние средней степени тяжести, у 1 (4,2%) больного – тяжелое состояние. Бледность кожных покровов при осмотре выявлена у половины больных, снижение индекса массы тела – у 11 (45,8%), у такого же числа больных наблюдались изменения дыхания, тахикардия зарегистрирована у 6 (25%) больных, увеличение печени выявлено у 5 (20,8%) пациентов.

Общий анализ крови показал, что повышение СОЭ было у 20 (83,3%) человек, снижение уровня гемоглобина – у 9 (37,5%) человек, повышение

уровня палочкоядерных нейтрофилов – у половины больных. Лимфопения менее 10% была у 6 (25%) больных (в 1 случае была менее 5%). У остальных пациентов этот показатель был в норме, а в 5 (20,8%) случаях отмечен лимфоцитоз. Наличие достаточного количества основных иммунокомпетентных клеток, с одной стороны, и распространенный характер процесса – с другой, может быть следствием функциональной недостаточности лимфоцитов.

У всех больных диагноз подтвержден выявлением микобактерий туберкулеза (МБТ) бактериологическими методами. До начала лечения у всех больных выполнено исследование на обнаружение ДНК МБТ в мокроте методом полимеразной цепной реакции, при этом у 12 (50%) человек получен положительный результат, из них у 6 (25%) выявлена устойчивость к рифампицину. Метод люминесцентной микроскопии позволил выявить кислотоустойчивые микобактерии у 16 (66,7%) человек, посев на жидкие питательные среды – у 18 (75%) человек, посев на плотные среды – у 19 (79,2%) больных. У 22 (91,7%) больных выявлена множественная лекарственная устойчивость МБТ и у 2 (8,3%) – широкая лекарственная устойчивость МБТ.

Полости распада выявлены у 16/24 (66,7%) больных.

Больным с ВИЧ-инфекцией ($n = 13$) проведено исследование уровня CD4-лимфоцитов, из них только у 4 (30,8%) наблюдалось нормальное значение этого показателя, понижение – у 9/13 (69,2%) больных, причем у 5/13 (38,5%) отмечено снижение его ниже $0,2 \times 10^9$ /л.

Заключение. Течение диссеминированного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в северном регионе характеризуется преимущественно подострым началом, при этом практически у всех больных отмечаются симптомы интоксикации и бронхолегочные проявления заболевания. Даже при наличии выраженных симптомов заболевания в течение месяца после их появления обращаются в лечебную сеть только десятая часть больных. Среди сопутствующих заболеваний преобладают ВИЧ-инфекция, хронический вирусный гепатит С, наркотическая и алкогольная зависимости. Метод люминесцентной микроскопии позволяет выявить бактериовыделение у $2/3$ больных, посев на плотные и жидкие питательные среды – у $3/4$ больных. К моменту выявления $2/3$ больных диссеминированным туберкулезом имели деструктивные изменения в легочной ткани.

*Нелидова Наталья Владимировна,
E-mail: Nelidovantv80@mail.ru
Тел. +79222476946*