

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*