

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**ФТИЗИАТРИЯ****ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА, ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ****Кукурика Анастасия Владимировна***врач-фтизиатр, Республиканская клиническая туберкулезная больница,
Украина, г. Донецк
E-mail: nastyia_kukurika@mail.ru***Юровская Екатерина Игоревна***врач-фтизиатр, Республиканская клиническая туберкулезная больница,
Украина, г. Донецк
E-mail: doctorstoptb@gmail.com***Ляхимец Виктория Андреевна***врач-фтизиатр, Республиканская клиническая туберкулезная больница,
Украина, г. Донецк
E-mail: doctorstoptb@gmail.com***MORTALITY OF PATIENTS WITH POLYMORBIDE PATHOLOGY OF MULTIDRUG-RE-
SISTANT TUBERCULOSIS, VIRAL HEPATITIS AND HIV-INFECTION****Anastasiya Kukurika***Republican Clinical Tuberculosis Hospital,
Ukraine, Donetsk***Ekaterina Yourovskaya***Republican Clinical Tuberculosis Hospital,
Ukraine, Donetsk***Victoriya Lyakhimets***Republican Clinical Tuberculosis Hospital,
Ukraine, Donetsk***АННОТАЦИЯ**

Проанализирована летальность больных с полиморбидной патологией мультирезистентного туберкулеза, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, находившихся под наблюдением в специализированном стационаре. Выявлено, что летальные исходы наступают вследствие прогрессирования генерализованного туберкулезного процесса на фоне выраженной иммуносупрессии. Распространенность вирусных гепатитов обусловлена влиянием отягощающих факторов риска. Максимальный показатель летальности установлен в группе лиц с сочетанием мультирезистентного туберкулеза, вирусных гепатитов В, С и ВИЧ-инфекции, что доказывает социальную значимость данных инфекций и необходимость централизованной диагностики больных.

ABSTRACT

Mortality of patients with polymorbid pathology of multiresistant tuberculosis, viral hepatitis and HIV-infection who were under observation in a specialized hospital was analyzed. It was found that fatal outcomes occur due to the progression of generalized tuberculosis process against the background of severe immunosuppression. The prevalence of viral

hepatitis is due to the influence of aggravating risk factors. The maximum mortality rate was established in a group of individuals with a combination of multidrug-resistant tuberculosis, viral hepatitis B, C and HIV-infection, which proves the social significance of these infections and the need for centralized diagnosis of patients.

Ключевые слова: мультирезистентный туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит, летальность.

Keywords: multidrug-resistant tuberculosis, HIV-infection, viral hepatitis, mortality.

Эпидемиологическая значимость сочетанных форм особо опасных инфекций изучена недостаточно, в отличие от моноинфекций [1]. Отмечается нарастание смертности больных ВИЧ-инфекцией, связанное с прогрессированием специфического процесса и недооценкой роли вирусного поражения печени [2]. Показатель летальности не является основным во фтизиатрической службе, однако свидетельствует о социальной значимости полиморбидной патологии (ПП). Высокая летальность вследствие ПП мультирезистентного туберкулеза (МРТБ), вирусных гепатитов (ВГ) и ВИЧ-инфекции обусловлена разобщенностью действий фтизиатров, инфекционистов и сотрудников центра СПИД, а также отсутствием централизованной регистрации больных [3].

Цель – анализ летальности больных с полиморбидной патологией МРТБ, ВГ и ВИЧ-инфекции в специализированном стационаре.

Материалы и методы. Изучена медицинская документация 75 больных с ПП, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической

туберкулезной больнице в период с I квартала 2017 по I квартал 2020 года включительно. Среди пациентов преобладали мужчины (80%), медиана возраста составила 38,1 лет. В структуре ВГ HCV диагностирован в 80% случаев, HBV – в 13%, HCV+HBV – в 7%. ВИЧ-инфекция выявлена у 79% больных, средний уровень CD4-лимфоцитов – 284 кл/мкл.

Диагностику и лечение проводили в соответствии клиническим протоколам медицинской помощи «Туберкулез» и «ВИЧ-инфекция у взрослых и подростков» [4,5]. При статистической обработке данных учитывали доли (P) и средние ошибки (m).

Результаты исследования. Летальный исход зафиксирован в 15% случаев. Среди умерших было 64% мужчин и 46% женщин, медиана возраста – 33,4 лет. ВИЧ-инфицированные пациенты составили 91%. Выявлено влияние иммунологического статуса на частоту летальных исходов. Основная масса больных имела терминальную стадию ВИЧ-инфекции и выраженную иммуносупрессию (табл. 1).

Таблица 1.

Летальность больных ПП в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции и количества CD4-лимфоцитов

Всего (n=10)		
Стадия ВИЧ-инфекции	Абс.ч.	P±m, %
4Б	1	10±9,5
4В	9	90±9,5
Количество CD4	Абс.ч.	P±m, %
<50	7	70±14,5
50-200	0	0
>200	3	30±14,5

Изучены характеристики туберкулезного (ТБ) процесса у больных ПП. Среди клинических форм превалировал милиарный ТБ. При поступлении у всех пациентов выделена микобактерия туберкулеза

(МБТ) в образцах мокроты культуральными методами. Деструктивные изменения преобладали у больных с инфильтративной и фиброзно-кавернозной формами (табл. 2).

Таблица 2.

Характеристики туберкулезного процесса

Клиническая форма ТБ	Всего (n=11)		МБТ+		Деструкция	
	Абс.ч.	P±m, %	Абс.ч.	P±m, %	Абс.ч.	P±m, %
Инфильтративный	2	18±11,6	2	100	2	100
Диссеминированный	1	9±8,7	1	100	0	0
Фиброзно-кавернозный	2	18±11,6	2	100	2	100
Милиарный	6	55±15	6	100	4	67±19,2

Согласно данным аутопсии, результатом туберкулезного поражения стала лимфогенная и гематогенная диссеминация МБТ в другие органы. Неспецифические осложнения обусловлены выраженной

интоксикацией и вирусным поражением печени (табл. 3).

Таблица 3.

Осложнения ПП по результатам аутопсии

Осложнения	Количество больных (n=11)	
	Абс.ч.	P±m, %
Специфические		
Полилимфаденопатия	10	91±8,7
ТБ селезенки	8	73±13,4
ТБ печени	7	64±14,5
ТБ почек	6	55±15
Плеврит	4	36±14,5
Менингоэнцефалит	4	36±14,5
Перитонит	2	18±11,6
Спондилит	1	9±8,7
Неспецифические		
Дистрофические изменения паренхиматозных органов	10	91±8,7
Цирроз печени	6	55±15
Асцит	2	18±11,6
Миокардиодистрофия	2	18±11,6

Исследована летальность в зависимости от структуры диагноза ПП. Максимальный показатель летальности имели лица с сочетанием МРТБ/НСV+НВV/ВИЧ, что в 1,2 раза превышало аналогичный показатель в группе больных МРТБ/НВV/ВИЧ,

в 1,5 раза – в группе МРТБ/НВV и в 3,8 раза – в группе МРТБ/НСV/ВИЧ. Наименьшая летальность отмечена у больных МРТБ в сочетании с НСV и НСV+НВV (табл. 4).

Таблица 4.

Летальность больных ПП в зависимости от структуры диагноза

Диагноз	Всего (n=75)		Летальных (n=11)	
	Абс.ч.	P±m, %	Абс.ч.	P±m, %
МРТБ/НСV/ВИЧ	48	64±5,5	6	13±4,8
МРТБ/НВV/ВИЧ	7	9±3,4	3	43±18,7
МРТБ/НСV+НВV/ВИЧ	4	5±2,6	2	50±25
МРТБ/НСV	12	16±4,2	0	0
МРТБ/НВV	3	4±2,3	1	33±27,2
МРТБ/НСV+НВV	1	1±1,3	0	0

Изучено влияние социальных характеристик, основными из которых стали длительное потребление

инъекционных наркотиков, алкоголя, прерывание лечения, пребывание в пенитенциарных учреждениях (табл. 5).

Таблица 5.

Летальность больных ПП в зависимости от факторов риска

Фактор	Всего (n=11)	
	Абс.ч.	P±m, %
Злоупотребление алкоголем	5	46±15
Употребление инъекционных наркотиков	6	55±15
Нарушение режима лечения	6	55±15
Нахождение в местах лишения свободы	3	27±13,4
Неработающие	11	100

Развитие гепатотоксичности на фоне приема противотуберкулезных препаратов (ПТП) анализировали по уровню аланинаминотрансферазы (АЛТ), которую исследовали ежемесячно. Динамику биохимических показателей крови оценивали согласно шкале нежелательных явлений, предложенной в Федеральных клинических рекомендациях по профилактике,

диагностике и лечению ТБ у больных ВИЧ-инфекцией [6]. У пациентов с ПП на фоне комбинированной терапии переносимость препаратов была хуже, чем при моноинфекции ТБ, что обуславливало необходимость более частой коррекции схемы или отмены ПТП (рис. 1).

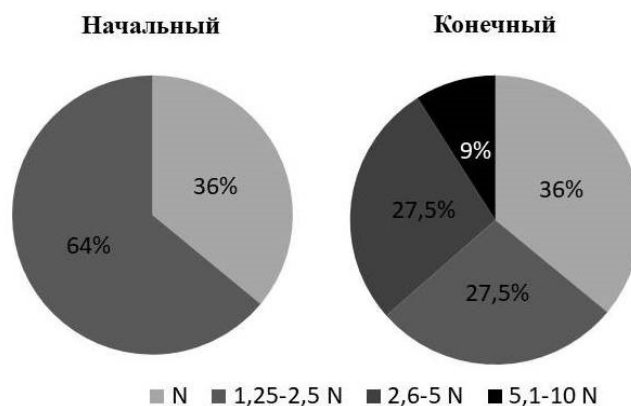


Рисунок 1. Динамика уровня АЛТ у больных ПП

Выводы:

Анализ летальности больных с полиморбидной патологией продемонстрировал, что:

1. Наиболее часто летальный исход наступает при прогрессировании генерализованного туберкулезного поражения и развитии полиорганной недостаточности на фоне выраженного иммунодефицита.
2. Наибольший показатель летальности зарегистрирован в группе лиц с одновременным поражением микст-гепатитом В+С и ВИЧ-инфекцией, что обусловлено отягощающими факторами, такими как злоупотребление алкоголем и наркотиками, пребывание в местах лишения свободы, нарушение режима лечения, развитие гепатотоксичности.

3. Анализ летальности лиц с ПП не позволяет своевременно выявить дефекты в организации мер по ранней диагностике инфекций, поскольку летальные исходы в статистике учитываются только по ВИЧ-инфекции на фоне одновременного снижения летальности от туберкулеза и вирусных гепатитов.

4. Взаимодействие специалистов различного профиля целесообразно на основе интегрированной базы данных социально-значимых инфекций во всевозможных сочетаниях, что может иметь практическую значимость.

Список литературы:

1. Особенности коморбидной патологии (ВИЧ/туберкулез) при летальных исходах / Е. А. Бородулина, Е. С. Вдоушкина, А. Н. Кузнецова [и др.]. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2019. – Т. 11, № 4. – С. 70–77.
2. ВИЧ-инфекция и туберкулез как наиболее сложный вариант коморбидности / О. В. Азовцева, А. В. Грицюк, М. Д. Гемаева [и др.]. // Вестник Новгородского государственного университета. – 2020. – Т. 117, №1. – С. 79–84.
3. Эпидемиология социально-значимых сочетанных инфекций. Факторы риска летальных исходов / В. В. Нечаев, А. К. Иванов, А. А. Яковлев [и др.]. // Pacific Medical Journal. – 2018. – №3. – С. 64–68.
4. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Туберкулез»: утвержден Приказом МЗ ДНР №571 от 24.03.20г. – Донецк, 2020. – С. 12-23.
5. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «ВИЧ-инфекция у взрослых и подростков»: утвержден Приказом МЗ ДНР №1374 от 07.08.18г. – Донецк, 2018. – С. 40-110.
6. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / И. А. Васильева, Е. Е. Воронин, В. В. Покровский [и др.]. М.: Российское общество фтизиатров. – 2016. – С. 42.