

5. Hu, Y. F. et al. In-silico analysis of monoclonal antibodies against SARS-CoV-2 omicron/ Y. F. Hu, J. C. Hu, H. Chu, T. Yau, B. Z. Zhang, J. D. Huang// Viruses. – 2022. – Т. 14, № 2. – С. 390.

Сведения об авторах

Д. Е. Ленков* – студент

Д. Д. Ромашина – студент

В. Н. Баканов – студент

П. Л. Кузнецов – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

D. E. Lenkov* – student

D. D. Romashina – student

V. N. Bakanov – student

P. L. Kuznecov – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author)**

lenckov.danila@yandex.ru

УДК 614.2:616-002.5:616.98:578.828

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СЛОЖНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ ТУБЕРКУЛЕЗ + ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК

Татьяна Витальевна Мелихова, Анастасия Владимировна Солоп, Виктория

Газинуровна Гильмиярова, Елена Венидиктовна Сабадаш

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Туберкулез и ВИЧ-инфекции патогенетически взаимно дополняют друг друга, в эпидемический процесс вовлечены одни и те же группы риска высокая инфицированность МБТ и ВИЧ населения. Также туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, опасен более высокой частотой МЛУ и низкой долей успешного его излечения. **Цель исследования** - проанализировать особенности течения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией и функциональным поражением почек. **Материал и методы.** Аналитический, логический. Клинический случай пациента с диагнозом туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией и функциональным поражением почек. Научные статьи. **Результаты.** Мужчина В., 44 года. Неработающий. Диагноз направившего учреждения: А18.0+, Туберкулез костей и суставов. Клинический DS: сочетанный туберкулез: туберкулезный спондилит Th6-Th7, Th9-L1 спондилитическая стадия, фаза разгара, ВМК 2 ст., паравертебральные и эпидуральный абсцессы, нижний вялый парализ 2-3 балла справа, 3-4 балла слева, кифотическая деформация грудного отдела позвоночника, хр.торакалгия, люмбаалгия, рефлекторный мышечно-тонический синдром; туб.остит основания II, III, IV, V пястных костей и костей запястья правой кисти, активная фаза; туб.остит головки и шейки правой бедренной кости, активная фаза, ЛУ (Н, R);

абсцесс в/3 правого бедра; диссеминированный туберкулёз лёгких, фаза инфильтрации, МБТ(-); туберкулезный экссудативный плеврит справа; ВИЧ-инфекция 4В ст., фаза стабилизации, ВААРТ; хр. вирусный гепатит с умеренной ферментативной активностью. Назначены препараты: пиразинамид, протионамид, циклосерин, левофлоксацин. Коррекция терапии: этамбутол. Итог: нормализация анализов. **Выводы.** Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией является актуальной проблемой современной фтизиатрии. Значимость проблемы связана с неблагоприятным прогнозом дальнейшего распространения туберкулеза, что обусловлено высокой инфицированностью МБТ и широким распространением ВИЧ-инфекции в мире. ВИЧ-инфекция служит не только фактором риска развития туберкулеза, но и причиной, отягчающей течение туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, поражение почек, туберкулезный спондилит, МБТ.

CLINICAL CASE: DIFFICULTIES IN MANAGING A PATIENT DIAGNOSED WITH TUBERCULOSIS + HIV INFECTION WITH FUNCTIONAL KIDNEY DAMAGE

Tatiana V. Melikhova, Anastasia V. Solop, Victoria G. Gilmiyarova, Elena V. Sabadash

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Tuberculosis and HIV infections complement each other pathogenetically, the same risk groups are involved in the epidemic process, high infection of the MBT and HIV population. Also, tuberculosis combined with HIV infection is dangerous with a higher frequency of MDR and a low proportion of its successful cure. **The purpose of the study** is to analyze the features of the course of tuberculosis, combined with HIV infection and functional kidney damage. **Material and methods.** Analytical, logical. A clinical case of a patient diagnosed with tuberculosis, combined with HIV infection and functional kidney damage. Scientific articles. **Results.** Male V., 44 years old. Not working. The diagnosis of the sending institution: A18.0+, Tuberculosis of bones and joints. Clinical DS: combined tuberculosis: tuberculous spondylitis Th6-Th7, Th9-L1 spondylitis stage, peak phase, ICH 2 dis., paravertebral and epidural abscesses, lower flaccid paraparesis 2-3 points on the right, 3-4 points on the left, kyphotic deformity of the thoracic spine, chronic thoracalgia, lumbalgia, reflex musculotonic syndrome; tuberculous ostitis bases II, III, IV, V of the metacarpal bones and bones of the wrist of the right hand, active phase; tuberculous ostitis of the head and neck of the right femur, active phase, DR (H, R); abscess u/3 of the right thigh; disseminated pulmonary tuberculosis, infiltration phase, MBT(-); tuberculous exudative pleurisy right; HIV infection 4Cdis., stabilization phase, HAART; xp. viral hepatitis with moderate enzymatic activity. Prescribed drugs: pyrazinamide, protionamide, cycloserine, levofloxacin. Correction of therapy: ethambutol. The result: normalization of analyses. **Conclusions.** Tuberculosis in patients with HIV infection is an urgent problem of

modern pathophysiology. The significance of the problem is associated with an unfavorable prognosis of the further spread of tuberculosis, which is due to the high infection rate of the MBT population and the widespread spread of HIV infection in the world. HIV infection is not only a risk factor for the development of tuberculosis, but also a cause aggravating the course of tuberculosis, leading to the development of complications.

Keywords: tuberculosis, HIV infection, kidney damage, tuberculous spondylitis, MBT.

ВВЕДЕНИЕ

Туберкулез и ВИЧ-инфекции патогенетически взаимодополняют друг друга, в эпидемический процесс вовлечены одни и те же группы риска высокая инфицированность МБТ и ВИЧ населения. Также туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, опасен более высокой частотой МЛУ и низкой долей успешного его излечения. [1]

ВИЧ-инфекция негативно влияет на симптоматику и течение туберкулеза, усложняя его лечение и диагностику. Сочетанная патология сопровождается высокой летальностью, риск которой в 2 раза выше, чем у пациентов с ВИЧ-инфекцией, независимо от числа CD4-лимфоцитов. [2]

Диагностика инфекции ВИЧ/туберкулез представляет значительные трудности. В более чем 50% случаев туберкулез возможно установить лишь по клиническо-рентгенологической симптоматике. [3]

В условиях высокой распространенности туберкулезной инфекции при первичном инфицировании МБТ у ВИЧ-положительных лиц не развивается полноценный иммунный ответ. По мере снижения уровня т-лимфоцитов (CD4) иммунная система не может блокировать распространение МБТ в организме, что приводит к быстрому развитию заболевания туберкулезом. [4]

Цель исследования – проанализировать особенности течения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией и функциональным поражением почек.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Методы – аналитический, логический.

Использованные источники информации – клинический случай пациента с диагнозом туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией и функциональным поражением почек. Научные статьи, посвященные исследованиям сочетанной патологии туберкулеза и ВИЧ-инфекции, внелегочным проявлениям туберкулеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мужчина, В., 44 года. Неработающий. Дата поступления: 21.03.2022. Диагноз направившего учреждения: А18.0+, Туберкулез костей и суставов

Лабораторные исследования: Anti-HCV+, ПЦР на ДНК МБТ+, МЛУ, CD4+ 210 кл/мкл.

23.03.22–КТ органов грудной полости. Заключение: правосторонний адгезивный междолевой плеврит(рис. 1).

23.03.22–КТ правого лучезапястного сустава. Заключение: туб.артрит правого лучезапястного сустава. Правосторонний остит костей запястья и пястных костей.

23.03.22–КТ грудного и поясничного отделов позвоночника. Заключение: полисегментарный туб. спондилит: Th6-Th7, Th9-Th10, Th12-L1, –осложнённый наличием обызвествлённых натёчных абсцессов.

Клинический DS: сочетанный туберкулез: туберкулезный спондилит Th6-Th7, Th9-11 спондилитическая стадия, фаза разгара, ВМК 2 ст., паравертебральные и эпидуральный абсцессы, нижний вялый парапарез 2-3 балла справа, 3-4 балла слева, кифотическая деформация грудного отдела позвоночника, хр.торакалгия, люмбагия, рефлекторный мышечно-тонический синдром; туб.остит основания II, III, IV, V пястных костей и костей запястья правой кисти, активная фаза; туб.остит головки и шейки правой бедренной кости, активная фаза, ЛУ (Н,Р); абсцесс в/3правого бедра; диссеминированный туберкулез лёгких, фаза инфильтрации, МБТ(-); туберкулезный экссудативный плеврит справа; ВИЧ-инфекция 4В ст., фаза стабилизации (CD4 от22.12.21–309 кл.), ВААРТ; хр. вирусный гепатит с умеренной ферментативной активностью.

Назначены препараты: пиразинамид (разовая доза: 1 г, 1 раз в день), протионамид (разовая доза: 0,25 г, 2 раза в день), циклосерин (в первой половине дня, разовая доза: 0,25 г, 2 раза в день), левофлоксацин (разовая доза: 0,75 г, 1 раз в день).

04.04.22 –креатинин: 0,119 ммоль/л, мочевая кислота: 832,000 мкмоль/л, жалобы на учащенное мочеиспускание.

12.04.22 – консультация уролога. Рекомендации: обследование для исключения ТБ МПС и нейрогенной дисфункции МП. При выявлении ХЗМ– постоянное дренирование мочевого пузыря. В дальнейшем был установлен постоянный катетер Фолея.

25.04.22 –креатинин: 0,102 ммоль/л, мочевая кислота: 827,000 мкмоль/л, ОАМ – белок 1,2 г/л.

30.06.22 –креатинин: 0,260 ммоль/л, мочевая кислота: 459,000 мкмоль/л.

07.07.22 –креатинин: 0,458 ммоль/л.

08.07.22–УЗИ МПС. Заключение: очаговых и структурных изменений почек не выявлено. Дилатация ЧЛС правой почки. Нейрогенный мочевой пузырь.

17.08.22– КТ ОГК. Заключение: правосторонний адгезивный междолевой плеврит. Картина соответствует предыдущей КТ от 23.03.22 (рис.2)

17.08.22 –КТ грудного и поясничного отделов позвоночника. Заключение: полисегментарный туберкулезный спондилит: Th6-Th7, Th9-Th10, Th12-L1, –осложнённый наличием обызвествлённых натёчных абсцессов. Картина соответствует предыдущей КТ от 23.03.22.

17.08.22 –КТ правого лучезапястного сустава. Заключение: туберкулезный артрит правого лучезапястного сустава. Правосторонний остит костей запястья и пястных костей.

25.07.22 – уретральный катетер удалён медсестрой.

30.08.22– ОАК развернутый: уровень нейтрофилов, тромбоцитов, лейкоцитов и эритроцитов сниженный.

30.08.22– БХ крови: креатинин остается высоким, но по сравнению с предыдущим анализом снизился до 285 мкмоль/л. остальные показатели без существенных изменений.

30.08.22– Иммунограмма: уровень CD4+ снижается до 156 кл/мкл.

30.08.22– Общий (клинический) анализ мочи: УВ мочи остается сниженным.

Коррекция терапии 30.08.22: этамбутол (разовая доза: 1,2 г, 1 раз в день) с 31.08.22.

22.09.22 –креатинин: 0,213 ммоль/л, мочевая кислота: 135 ммоль/л, ОАМ: белок отрицательный.

14.10.22 –креатинин: 0,184 ммоль/л, мочевая кислота: 175 ммоль/л, ОАМ: белок отрицательный.

02.11.22 – КТ ОГК. Заключение: патологии не выявлено.

02.11.22 – КТГОП, ПОП, таза, обоих тазобедренных суставов. Заключение: полисегментарный туб.спондилит: Th6-Th7, Th9-Th10, Th12-L1, – осложнённый наличием обызвествлённых натёчных абсцессов. Возможный правосторонний туб. коксит (рис.3).

02.11.2022 – ОАК развернутый: снижается количество тромбоцитов, остальные показатели без существенных изменений.

02.11.22– БХ крови –стандартная: без существенных изменений.

02.11.22–ОАМ: все показатели в пределах нормы.

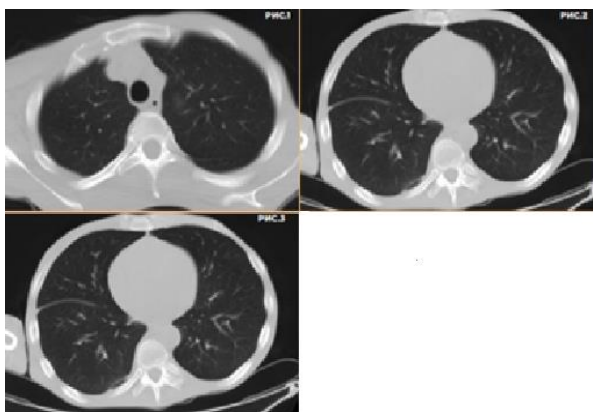


Рис. 1 Правосторонний адгезивный междолевой плеврит 23.03.22

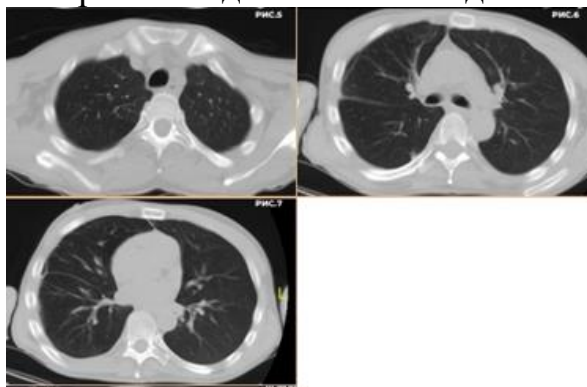


Рис. 2 Правосторонний адгезивный междолевой плеврит 17.08.22.



Рис. 3 Полисегментарный туберкулёзный спондилит: Th6-Th7, Th9-Th10, Th12-L1, – осложнённый наличием обызвествлённых натёчных абсцессов.
Возможный правосторонний туберкулёзный коксит.

ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический случай наглядно даёт понять, какие трудности возникают в диагностике и дальнейшем лечении туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией и функциональным поражением почек.

ВЫВОДЫ

1. Данный клинический случай подтверждает, что туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией является актуальной проблемой современной фтизиатрии.

2. Значимость этой проблемы связана с неблагоприятным прогнозом дальнейшего распространения туберкулеза, что обусловлено высокой инфицированностью населения МБТ и широким распространением ВИЧ-инфекции в мире.

3. ВИЧ-инфекция служит не только фактором риска развития туберкулеза, но и причиной, отягчающей течение туберкулеза, приводя к развитию осложнений.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Абдуллаев, Р. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных: распространенность, клинические проявления, эффективность лечения/ Р. Абдуллаев, О. Комиссарова, Л. Герасимов //Врач. – 2018. – Т. 29, № 11. – С. 11-16.
2. Российское общество фтизиатров. Федеральные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией. М.: 2016. 42 с.
3. Зимина, В. Н. Эпидемиология, течение и особенности лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / В. Н. Зимина, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова //Медицина в Кузбассе. – 2011. – № 3. – С. 6-13.
4. Цыбикова, Э. Б. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, в России: статистика и взаимосвязи/ Э. Б. Цыбикова, В. В. Пунга, Л. И. Русакова // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – Т. 96, № 12. – С. 9-17.

Сведения об авторах

Т.В. Мелихова* – студент

А.В. Солоп – студент

В.Г. Гильмиярова – студент

Е.В. Сабадаш – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

T.V. Melikhova* – student

A.V. Solop – student

V.G. Gilmiyarova – student

E.V. Sabadash – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

T.melihova2@gmail.com

УДК 616-002.5, 616.711-002.5

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗНЫХ СПОНДИЛИТОВ У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Татьяна Вячеславовна Миногина¹, Леонид Сергеевич Лавренчук², Елена Венидиктовна Сабадаш^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

²Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии - филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения РФ

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Увеличение доли пациентов с тяжелой коморбидной патологией, определяет значимость оценки медико-социальных характеристик течения туберкулеза (ТБ) у пациентов с сочетанными инфекционными поражениями.

Цель исследования – определить значимые для клинической практики особенности течения ТБ позвоночника у пациентов с сочетанными вирусными инфекциями на стационарном этапе лечения. **Материал и методы.** Данные первичной медицинской документации 352 больных туберкулезными спондилитами, госпитализированных в клинику УНИИФ за период 2015-2020 гг. **Результаты.** За 2015-2020 гг. при снижении количества (с 89 (21%) до 53 (12%)) госпитализированных пациентов, отмечен существенный рост доли клинически более тяжелых форм туберкулезных спондилитов, сочетанных с вирусными инфекциями, при сокращении доли больных изолированным туберкулезным поражением. **Выводы.** Пациенты с сочетанными инфекционными поражениями характеризовались существенно большей продолжительностью пребывания в стационаре и частотой повторных госпитализаций, связанной как с увеличением кратности проведения многоэтапных хирургических вмешательств, так и с наличием осложнений туберкулезного процесса и большей степенью лекарственной устойчивости возбудителя.

Ключевые слова: туберкулез, туберкулезный спондилит, ВИЧ-инфекция, гепатиты.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS IN PATIENTS WITH CO-MORBID VIRAL INFECTIONS

Tatiana V. Minogina¹, Leonid S. Lavrenchuk², Elena V. Sabadash^{1,2}