

УДК 616-06

***ЛЕТАЛЬНЫЙ СЛУЧАЙ У ПАЦИЕНТКИ С КОИНФЕКЦИЕЙ (ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ) В РЕЗУЛЬТАТЕ НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ***

***Сысоев П.Г.,***

*к.м.н., доцент,*

*Ижевская государственная медицинская академия,*

*Ижевск, Россия*

***Амирасланова А.А.,***

*студент,*

*Ижевская государственная медицинская академия,*

*Ижевск, Россия*

***Матвеева У.В.,***

*студент,*

*Ижевская государственная медицинская академия,*

*Ижевск, Россия*

**Аннотация.**

Туберкулез является одним из самых распространенных и социально-значимых заболеваний в мире. Часто данное заболевание возникает на фоне ВИЧ-инфекции, поскольку вирус разрушает лимфоциты и моноциты — главные клетки защиты, противостоящие туберкулёзной инфекции. Такие пациенты должны быть привержены к терапии, чтобы не допустить появления или развития туберкулёзной инфекции на фоне сниженного иммунитета, поскольку данное состояние в дальнейшем может привести к летальному исходу без должной терапии.

**Ключевые слова:** приверженность, АРВТ, туберкулёзная инфекция, лечение, ВИЧ-инфекция.

***FATAL CASE IN A PATIENT WITH COINFECTION (HIV AND TUBERCULOSIS) AS A RESULT OF LOW ADHERENCE TO TREATMENT***

**Sysoev P.G.,**

*Ph.D. of Medical Sciences, Associate Professor,*

*Izhevsk State Medical Academy,*

*Izhevsk, Russia*

**Amiraslanova A.A.,**

*student,*

*Izhevsk State Medical Academy,*

*Izhevsk, Russia*

**Matveeva U.V.,**

*student,*

*Izhevsk State Medical Academy,*

*Izhevsk, Russia*

**Annotation.** Tuberculosis is one of the most widespread and socially significant diseases in the world. This disease often occurs against the background of HIV infection, as the virus destroys lymphocytes and monocytes, the main protective cells that resist tuberculosis infection. Such patients should be committed to therapy in order to prevent the appearance or development of tuberculosis infection against a background of reduced immunity, since this condition can later lead to death without proper therapy.

**Key words:** adherence, ARVT, tuberculosis infection, treatment, HIV infection.

### **Введение.**

Проблемы заболеваемости ВИЧ и туберкулезом продолжают оставаться актуальными для современной медицины [1,4]. ВИЧ-инфекция повышает восприимчивость человека к туберкулезной инфекции. У людей, зараженных *M. tuberculosis*, ВИЧ-инфекция является причиной прогрессирования бессимптомной туберкулезной инфекции в туберкулез (ТБ). В свою очередь, туберкулез

является абсолютным показанием к назначению антиретровирусной терапии (АРВТ) вне зависимости от количества CD4-лимфоцитов [2,3].

Лечение больных сочетанной патологией ВИЧ и ТБ довольно сложно, поскольку пациенту необходимо принимать большое количество лекарственных средств, между которыми существуют лекарственные взаимодействия. Кроме этого, по данным Федерального НМЦ ПБ СПИД, более 70% пациентов с ВИЧ употребляют внутривенно психоактивные вещества и злоупотребляют алкоголем, что приводит к нарушениям режима лечения, приверженности терапии и в значительной степени снижает вероятность успешного исхода лечения [3].

В данных условиях, благоприятный результат излечения в большой степени зависит от приверженности таких пациентов к лечению.

Приверженность означает прием препаратов и лечебного питания в дозировках согласно назначению врача, в строго определенное время, с учетом диетических и других предписаний. В идеальном варианте пациент должен иметь стопроцентную приверженность, но в реальной жизни при лечении длительно текущего хронического заболевания достижение такого результата практически невозможно. Для характеристики уровня приверженности АРВТ у пациентов с ВИЧ ВОЗ предлагает следующую градацию: высокий уровень приверженности –  $\geq 95\%$ ; ☒ умеренный уровень приверженности – 85–94%; ☒ низкий уровень приверженности –  $\leq 85\%$  [2].

По результатам исследований с применением кластерного анализа – высоко приверженные составляют группу 64%, умеренно приверженные – 24,6%; неприверженные – 11,4%. Установлена зависимость между приверженностью и прогрессированием заболевания: при повышении приверженности на 10%, риск прогрессирования ВИЧ-инфекции снижался на 21%, а при снижении приверженности на 10%, риск прогрессирования повышался на 16%, а риск смерти возрастал в 4 раза. При высокой приверженности сокращается частота госпита-

лизаций. Низкая приверженность пациентов к лечению приводит к дальнейшему развитию заболевания, ухудшению качества и продолжительности жизни [3,4].

**Цель:** Привести клинический случай летального исхода коинфекции (ВИЧ и туберкулеза) в результате низкой приверженности к лечению.

**Материалы и методы:** Анализ истории болезни пациента, клиническое наблюдение.

**Результаты и их обсуждения:**

Пациентка Б., 43 года, поступила в терапевтическое отделение туберкулезной больницы для консервативного лечения.

**Жалобы при поступлении:** одышка в покое, слабость и похудание на 7 кг за месяц, повышение температуры тела до 39,0°C.

**Анамнез заболевания:** Считает себя больной в течение 1 месяца, когда стала повышаться температура тела до 39,0°C. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала парацетамол, ацетилсалициловую кислоту, температура снижалась на непродолжительное время. Через 2 недели от начала появления симптомов обратилась в поликлинику по месту жительства. Направлена 29.12.2022г. на госпитализацию в терапевтический стационар с диагнозом: Двусторонняя пневмония. В стационаре, в результате проведения микроскопического исследования мокроты, были выявлены кислотоустойчивые микобактерии и пациентка, через неделю от начала лечения, была переведена в туберкулезную больницу с диагнозом: Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, КУМ+.

**Анамнез жизни:** Родилась и выросла в городе, образование среднее. Весь трудовой период работала уборщицей на механическом заводе, сейчас не работает. Живет в комнате, в коммунальной квартире с ребенком пяти лет, в браке

не состоит, ведет беспорядочную половую жизнь. Отбывала наказание в местах лишения свободы в течение 3 лет.

Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день, употребляет алкоголь по 0,25 литров водки в день, каждую неделю принимает внутривенные наркотики (героин).

Перенесенные заболевания: ВИЧ инфекция установлена 10 лет назад (ВИЧ инфекция 4В стадия (СПИД), прогрессирование на фоне отказа от АРВТ, СД4 35 кл/мкл, вирусная нагрузка РНК ВИЧ менее 46 коп/мл.).

При поступлении в туберкулезную больницу пациентка не принимала АРВТ. Было проведено дообследование: ОАК- лейкоциты-  $0,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 34 мм/ч: микроскопическое исследование мокроты на микобактерии - КУМ 2+; микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных питательных средах на микобактерии туберкулез - рост МБТ 3+. Рентгенография грудной клетки - справа в верхней доле, слева в С6 инфильтрация легочной ткани, полости распада, полиморфные очаги, правый корень уплотнен, левый корень не расширен, малоструктурный.

Пациентке было назначено АРВТ и противотуберкулезная терапия. Через 2 месяца лечения, контрольные исследования показали улучшение состояния пациентки: ОАК - лейкоциты-  $15,3 \times 10^9$ /л, СОЭ 7 мм/ч; микроскопическое исследование мокроты на микобактерии: КУМ 1+; микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных питательных средах на микобактерии туберкулеза- пророст. Рентгенография грудной клетки: справа в верхней доле, в С6 обоих легких инфильтрация легочной ткани, полости распада, слева с уровнем жидкости, полиморфные очаги. правый корень уплотнен, левый корень не расширен, малоструктурный. Положительная динамика, инфильтрация и очаги рассасываются. Справа в верхней доле стенки полостей истончились, но незначительно увеличились в размерах.

Самочувствие пациентки значительно улучшилось и последующие месяцы пациентка нарушала режим лечения, самовольно покидала отделение и периодически отказывалась от терапии, вследствие чего состояние ухудшалось. Данные исследований через 5 месяцев от момента начала лечения: ОАК - лейкоциты-  $3,3 \times 10^9$ /л, СОЭ 16 мм/ч; микроскопическое исследование мокроты на микобактерии: КУМ 3+; микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных питательных средах на микобактерии туберкулеза - рост МБТ 2+. Рентгенография грудной клетки: На фоне усиленного легочного рисунка в верхних легочных полях обоих легких полиморфные очаги разнокалиберные тонкостенные полости распада. Правый корень расширен, уплотнен, левый корень не расширен, малоструктурный. Слева полость увеличилась в размерах с 4 см до 4,5 см, без жидкости, справа в проекции корня полость уменьшилась в размерах, количество очагов уменьшилось.

На этом фоне произошла генерализация туберкулезной инфекции с развитием полиорганной недостаточности и летальным исходом.

**Выводы.** Данный клинический случай показал, что низкая приверженность к терапии может привести к летальному исходу. Это обуславливает необходимость разработки и внедрения в практику врача эффективных методов повышения приверженности пациентов к лечению.

### Библиографический список

1. Сысоев П.Г., Баязитов Р.Р., Закирова А.А., Рустамов М.А. АНАЛИЗ ПРОГРАММЫ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ООН ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ ДО 2030 ГОДА // Тенденции развития науки и образования. 2019. № 49-10. С. 29-32.

2. Шкляев А.Е., Григорьева О.А., Мерзлякова Ю.С., Максимов К.В., Казарин Д.Д. ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРА // Дневник науки | [www.dnevniknauki.ru](http://www.dnevniknauki.ru) | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА СИМПТОМЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ  
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ //

Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2021. Т. 13. № 3. С. 46-62.

3. Афанасьев Е.И., Русских О.Е., Сысоев П.Г., Савинцева Е.В.  
ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ЛО-  
КАЛИЗАЦИЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

// Туберкулез и социально-значимые заболевания. 2019. № 3. С. 73-74.

4. Российское Общество Фтизиатров, Национальная ассоциация неком-  
мерческих организаций фтизиатров "Ассоциация фтизиатров". Клинические  
рекомендации // Туберкулез у взрослых – 2022-2023- 2024 (04.03.2022); 5-23.

*Оригинальность 78%*