

**ИНТЕРНАУКА**

**НАУЧНЫЙ**

**ЖУРНАЛ**

**40(310)**

**часть 1**



[internauka.org](http://internauka.org)

г. Москва

<b>Культурология</b>	<b>41</b>
ИННОВАЦИИ В ВУЗОВСКИХ БИБЛИОТЕКАХ: СПЕЦИФИКА И УПРАВЛЕНИЕ Бяшимов Розыджума	41
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА УКРЕПЛЕНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ Ковригина Полина Сергеевна Иванова Елена Валентиновна	44
<b>Математика</b>	<b>47</b>
АНАЛИТИКО-ЧИСЛЕННЫЙ МЕТОД УСТРАНЕНИЯ НЕУСТОЙЧИВОСТИ ПРИ ЧИСЛЕННОМ РЕШЕНИИ КРАЕВЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫХ УРАВНЕНИЙ ВТОРОГО ПОРЯДКА Утемаганбетов Зинепкали Сисенгалиевич Рамазанова Ханым Сагингалиевна Нигметова Гулмира Нагимовна Кулжагарова Базаргуль Табылгановна Коцанова Гулаш	47
<b>Медицина и фармакология</b>	<b>51</b>
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА СОДЕРЖАЩИЙ ЭКСТРАКТ ОРЕХА Батырова Дженнет	51
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА (ТМVI) Керимкулов Исабек Хайратович Касымбаев Адхам Абдуллаевич	53
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЛУ-ТБ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ Маматов Лочин Бахтиёрович Парпиева Наргиза Нусратовна Мухамедов Казим Сабитович Абдугаппаров Фазлхан Бахтиярович Онгарбаев Дауран Онгарбаевич Мирзабаев Санжар Исраилович Хакимов Абдулатиф Абдуалиевич	56
ОБРАЗ ЖИЗНИ ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Педернейра Берта Жанет Галиану	61
<b>Междисциплинарные исследования</b>	<b>63</b>
ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ В ПАТРИОТИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ МОЛОДЕЖИ Стафеева Диана Эдуардовна Бакешин Константин Петрович	63

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЛУ-ТБ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ****Маматов Лочин Бахтиёрович***ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии  
Ташкентской Медицинской Академии,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент***Парпиева Наргиза Нусратовна***директор  
Республиканского специализированного научно-практического  
медицинского центра Фтизиатрии и Пульмонологии,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент  
зав. кафедры фтизиатрии и пульмонологии  
Ташкентской Медицинской Академии,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент***Мухамедов Казим Сабитович***доц. кафедры фтизиатрии и пульмонологии  
Ташкентской Медицинской Академии,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент***Абдугаппаров Фазлхан Бахтиярович***ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии  
Ташкентской Медицинской Академии,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент***Онгарбаев Дауран Онгарбаевич***ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии  
Ташкентской Медицинской Академии,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент***Мирзабаев Санжар Исраилович***ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии  
Ташкентской Медицинской Академии,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент***Хакимов Абдулатиф Абдуалиевич***ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии  
Ташкентской Медицинской Академии,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

**Актуальность.** Двойные инфекции туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) или устойчивостью к рифампицину (РУ-ТБ) и вируса гепатита С (ВГС) привели к почти полумиллиону случаев МЛУ-ТБ ежегодно в мире и 71 миллиону человек, живущих с ВГС [1,2]. По данным многостранового исследования, распространенность инфекции ВГС среди пациентов с МЛУ-ТБ составила 12% [3]. Лекарственное поражение печени (ЛПП) является одним из наиболее частых нежелательных явлений при лечении МЛУ-ТБ и с большей вероятностью развивается у пациентов с МЛУ-ТБ, коинфицированными ВГС [4].

**Цель исследования:** изучить особенности течения МЛУ-ТБ при сочетании с вирусными гепатитами «С» и «В».

**Материалы и методы исследования:** Нами было обследовано 192 МЛУ-ТБ больных в возрасте от 20 до 70 лет, которые находились на стационарном лечении во 2-терапевтическом отделении Ташкентской городской клинической больницы фтизиатрии

и пульмонологии (ТГКБФиП) города Ташкента в 2021-2022 годах. Установлено, что из 192 больных у 48 (25%) выявлены вирусные гепатиты. Соответственно в разработку вошли 48 больных с коинфекцией МЛУ-ТБ и вирусными гепатитами. Из них впервые выявленные пациенты составили - 4 (8,4%), ранее леченных - 44 (91,6%). Спектр вирусных гепатитов выглядело следующим образом: у 37 больных было вирусный гепатит С (77,1%), у 5 пациентов было сочетание вирусных гепатит «С» и «В» (10,4%) и у 6 было вирусный гепатит «В» (12,5%). Всем больным в условиях стационара проводилось комплексное клинико-рентгенологическое обследование. Применялись обязательные (лучевые методы исследования, бактериоскопический анализ мокроты на микобактерии туберкулеза, общий анализ крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи) и дополнительные методы исследования (расширенная бактериологическая диагностика, бронхоскопия, исследование функции печени, почеч, сердечно-сосудистой системы).

Результаты и обсуждения: Установлено, что среди 48 больных удельный вес мужчин составил

91,6% - женщин 8,4%. Характеристика больных по полу и возрасту представлена на рисунках 1 и 2.

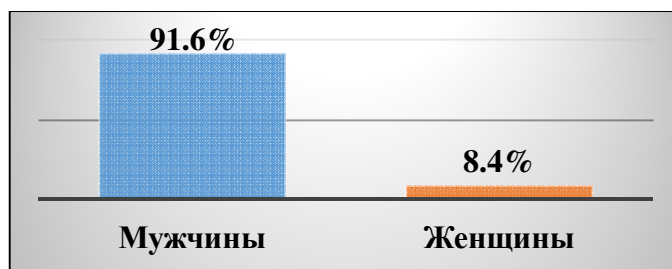


Рисунок 1. Распределение больных по полу

Среди больных преобладали возрастные группы: 41-50 и 51-60 лет, на них приходится 33,4% и 45,8% соответственно. (Рис.2)

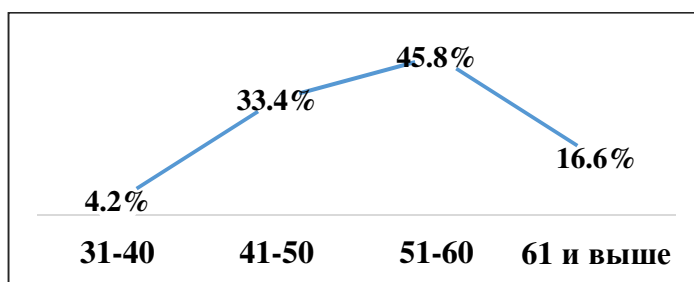


Рисунок 2. Распределение больных по возрасту

Среди обследованных важное место имели социальная характеристика больных. Так, основную массу составляли безработные – 45 (93,8%). На рабочих и служащих приходится всего – 3 (6,2%) человек. Судимости имели 26 человек, что составило 54,1% больных. Лица без определенного места жительства составили – 10 (20,8%) больных. Почти все больные были со средним образованием – 44 (91,6%), высшее образование имели – 4 (8,4%) больных.

Все больные имели вредные привычки: курение отмечено у 34 (70,8%) пациентов, злоупотребление алкоголем – у 10 (20,8%), инъекционные наркотики употребляли – 8 (16,6%) и употребление насвая

– у 4 (8,4%). При этом у более половины больных имели по две-три вредные привычки – 25 (52,1%).

Из анамнеза 22 (45,8%) пациентов имели контакт с бактериальными больными. Из них в 14 (63,6%) случаев был контакт в период пребывания в пенитенциарных учреждениях и 8 (36,4%) - с близкими родственниками (братом, мужем, отцом).

По клиническим формам (рис. 3) больные распределены следующим образом: очаговый туберкулез – у 6 (12,5%), инфильтративный туберкулез легких – у 16 (33,3%), диссеминированный – у 6 (12,5%), фиброзно-кавернозный (ФКТ) – у 18 (37,5%) и цирротический туберкулез легких – у 2 (4,2%) больных.



Рисунок 3. Распределение больных по клиническим формам

Рентгенологически односторонний процесс диагностирован у 18 (37.5 %) больных, у 30 (62.5%) – процесс был двухсторонний.

При поступлении в стационар микобактерии туберкулеза в мокроте были обнаружены различными методами у 26 (54,1%) больных. Из них у впервые выявленных МБТ обнаружено в 4 (15,4%) случаев, а среди ранее леченных – в 22 (84.6%).

У всех больных при поступлении в стационар были выявлены симптомы интоксикации. 26 (54,2%) больных поступили в состоянии средней тяжести в тяжелом состоянии – 13 (27,8%) и в отно-

сительно удовлетворительном состоянии – 9 (18.7%) больных. Для МЛУ-ТБ легких в сочетании с гепатитами была характерна достаточно яркая клиническая картина. Так, повышения температуры тела была отмечена у 32 (66,6%) больных, жалобы на общую слабость встречались почти у всех больных. Потеря массы тела 5 кг и более выявлено у 38 (79,1 %) больных, снижение аппетита – у 47 (98,3%). У 2 (4,2%) больных отмечалась осиплость голоса как признак генерализации процесса (Рис. №4).

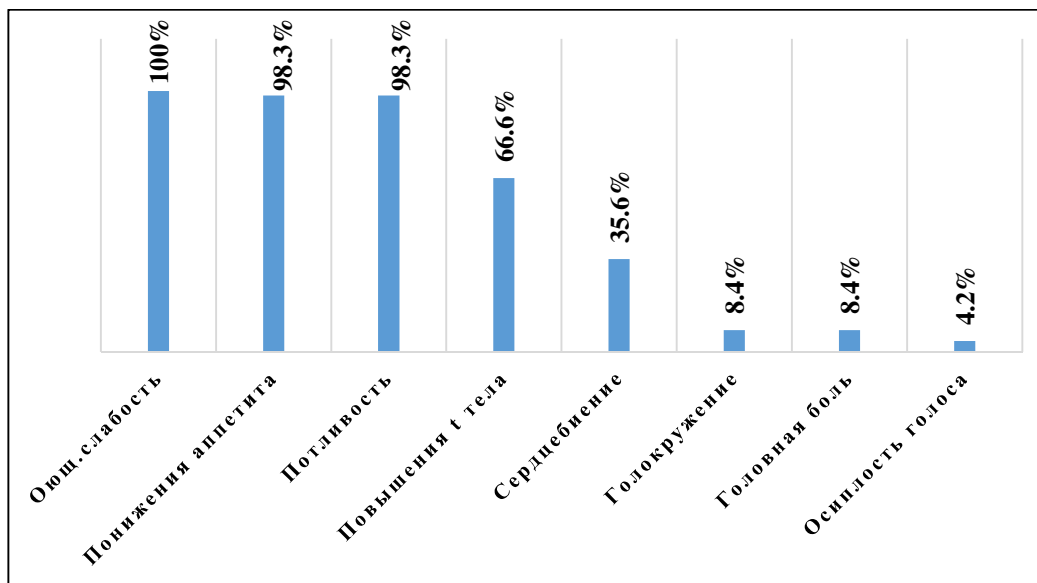


Рисунок 4. Распределение больных по симптомам интоксикации

У всех больных имелись различные клинические проявления со стороны органов дыхания. Как видно из рисунка №5, ведущим клиническим симптомом в 47 (98.3 %) случаев является кашель, в

основном с мокротой – у 34 (71,2 %). Боли в грудной клетке встречались у 9 (18,6%) больных, что является признаком вовлечения в процесс париеальной плевры.

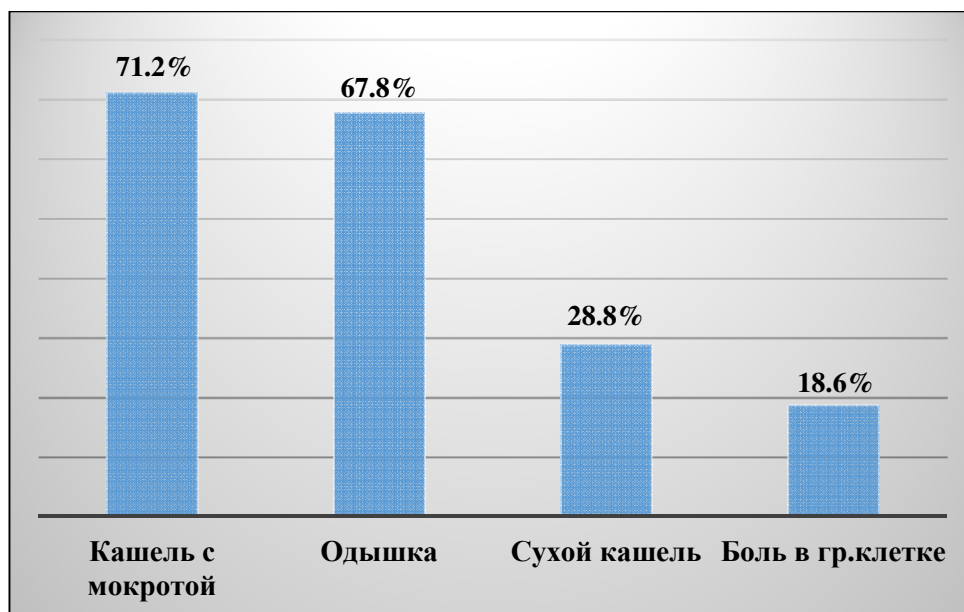


Рисунок 5. Распределение больных по бронхолегочным симптомам



Изменения гемограммы были обнаружены в 91,6% случаев (у 44 из 48 человек). Чаще всего отмечалось ускорение СОЭ (более 32 мм в час) – в 88,1% случаев. Изменения со стороны красной крови показали что: у 30 пациентов (62,5%) была анемия 1,2 и 3 степени. Лимфопения выявлена у 18 (37,5%) больных и лейкоцитоз – у 9 (18,7%).

Из 48 больных туберкулезом с сопутствующим гепатитами у 33 (68,7%) имелись следующие другие сопутствующие заболевания. Из них у более половины больных имелось по два, три и более со-

путствующих заболеваний, соответственно у 9 (27,3%) и у 8 (24,2%). Только у 16 (48,5%) больных выявлена одна сопутствующая патология. Сведения о частоте и характере сопутствующих заболеваний представлены в рисунке №6.

При анализе структуры сопутствующих заболеваний отмечено преобладание анемий – у 30 (62,5%), далее по частоте встречаемости следуют: ВИЧ-инфекция – у 12 (25%) и ХОБЛ – у 10 (20,8%). Остальные патологии встречаются в единичных случаях.

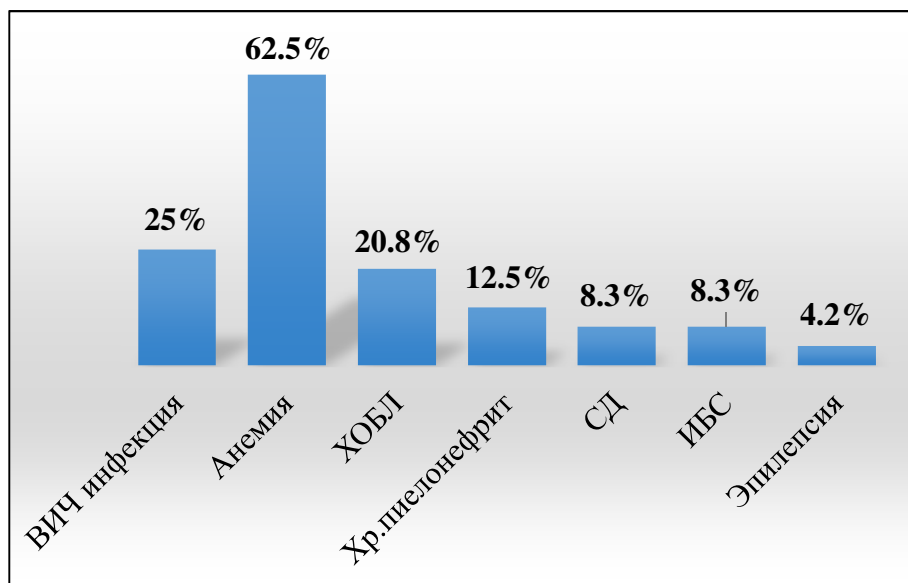


Рисунок 6. Распределение больных по сопутствующим заболеваниям

По нашим данным почти у всех больных на фоне туберкулезного процесса в сочетании с вирусными гепатитами были выявлены различные осложнения. При изучении структуры осложнений установлено, что гипотрофия 1, 2, 3 степени отмечено у 38 (79,15%) больных, дыхательная недостаточность – у 36 (75%), хроническая сердечная не-

достаточность (ХСН) – у 8 (16,6%) больных. Сочетание двух и более осложнений отмечалось у 32 (66,6%) больных. Кровохарканье отмечалось у 2 (4,15%) больных, экссудативный плеврит – у 10 (20,8%). Эту группу составили в основном больные с деструктивными формами туберкулеза легких.

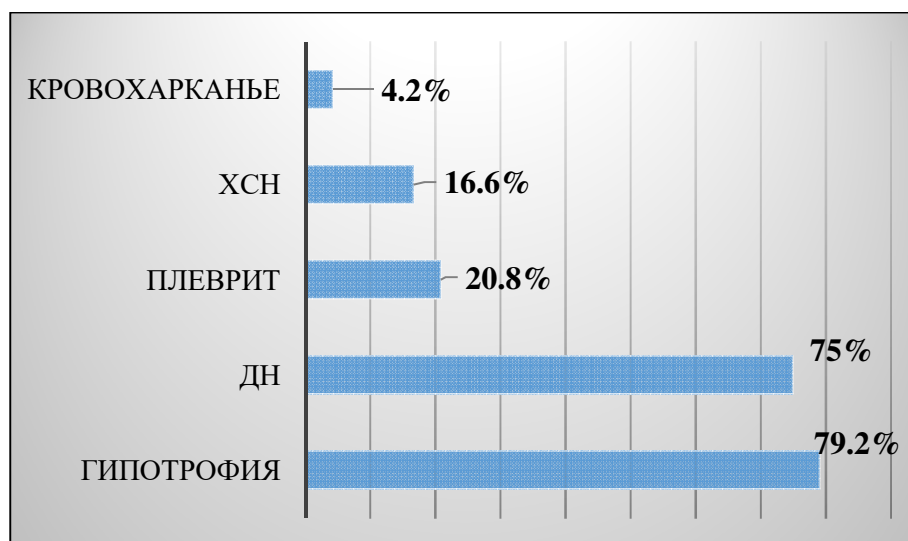


Рисунок 7. Распределение больных по осложнениям

Противотуберкулезная терапия проводилась с учетом наличия устойчивости к антибактериальным препаратам. Все больные получали противотуберкулезную лечение по стандартам национального клинического протокола по лечению больных с МЛУ/РУ-ТБ препаратами второй группы.

В результате лечения достигнута положительная динамика у 34 (70,8%) больных, ухудшение отмечено у 3 (6,3%), без динамики – у 9 (18,7%) и летальный исход на фоне комплексного лечения отмечен в 2 (4,2%) случаях.

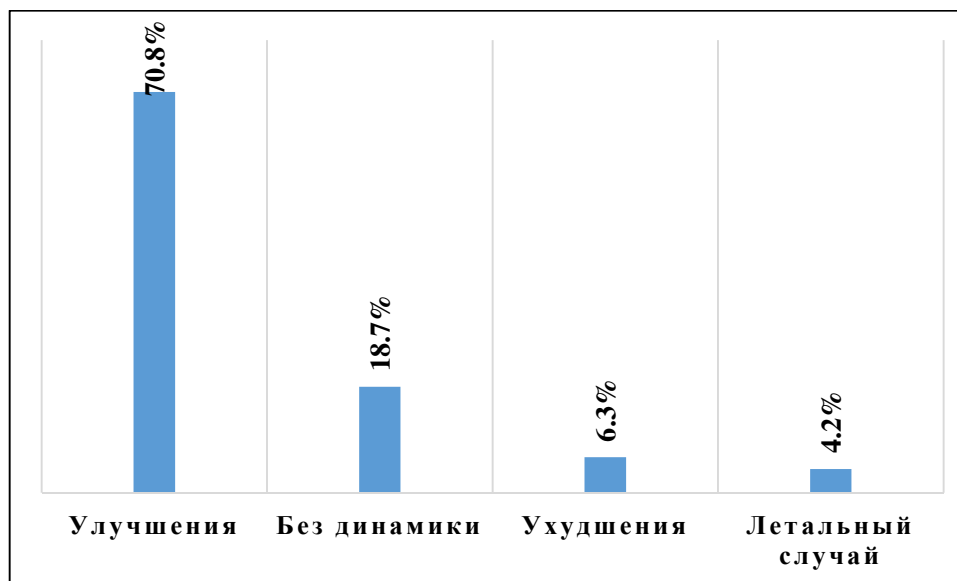


Рисунок 8. Динамика лечения в стационаре

#### Выводы:

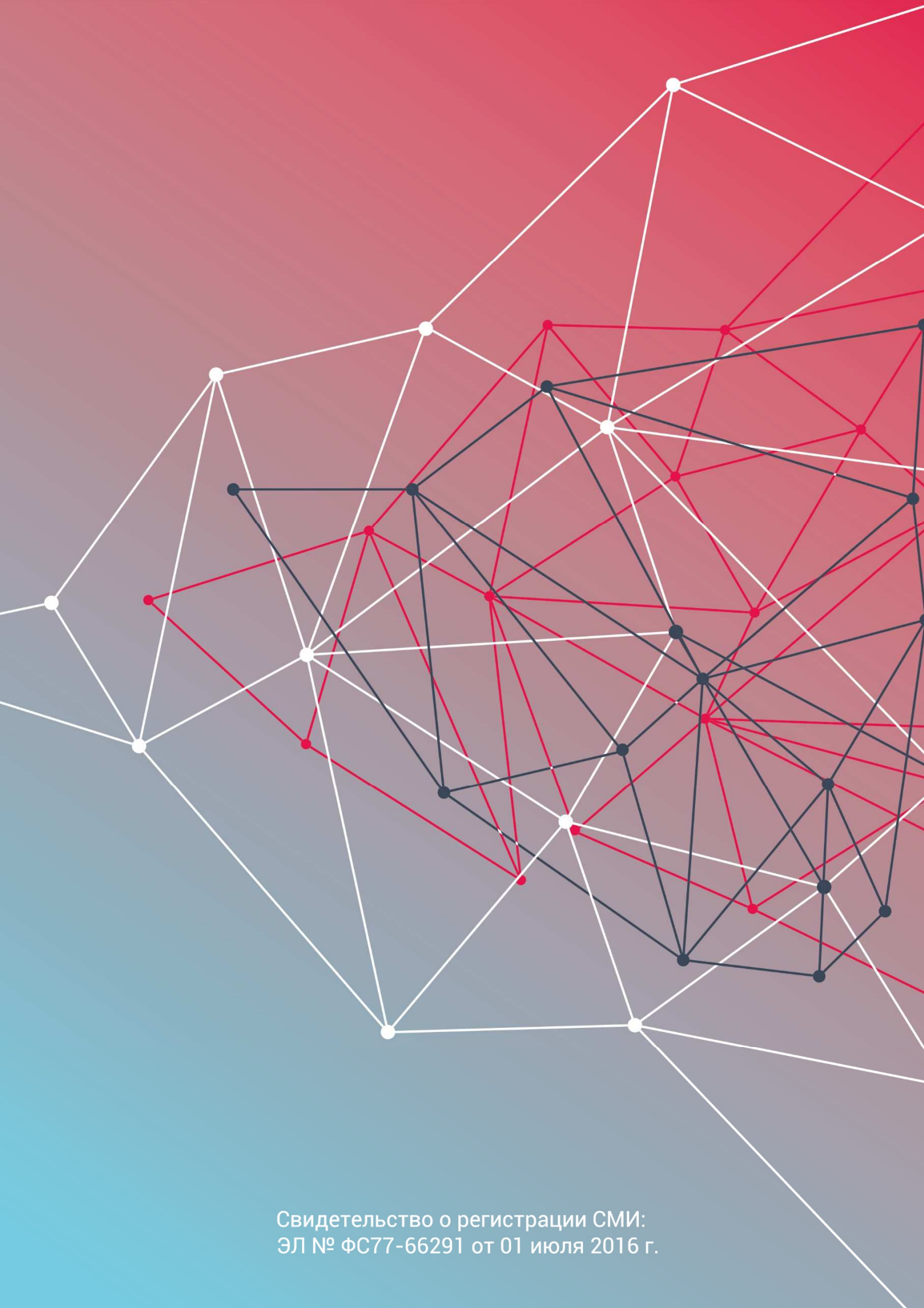
1. Изучение медико-социальной характеристики позволило установить, что больные с МЛУ/РУ-туберкулезом в сочетании с вирусными гепатитами, относятся в большинстве случаев к социально-дезадаптированному контингенту (76,2%). Наличие вредных привычек, причем в более половины случаев по две-три, а также наличие судимости (54,1%), лиц без определенного места жительства (20,8%), злоупотребление алкоголем (20,8 %), потребление

инъекционных наркотиков (16,6%) существенно влияет на лечебный процесс.

2. Вирусные гепатиты утяжеляют клиническое течение туберкулеза, снижают эффективность лечения. Исход заболевания во многом зависит от времени начала гепатопротекторной терапии на фоне противотуберкулезных препаратов, которое следует начинать как можно раньше и с учетом чувствительности к антибактериальным препаратам.

#### Список литературы:

1. World Health Organization Global tuberculosis report, 2020. Geneva, Switzerland: WHO; 2020.
2. World Health Organization Global hepatitis report, 2017. Geneva, Switzerland: WHO; 2017.
3. Seung KJ, et al. High prevalence of hepatitis C infection among multi-drug-resistant tuberculosis patients. J Hepatol. 2020;72(5):1028–1029.
4. Lee SS, et al. Frequency and risk factors of drug-induced liver injury during treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 2016;20(6):800–805.



Свидетельство о регистрации СМИ:  
ЭЛ № ФС77-66291 от 01 июля 2016 г.