

СИНДРОМИ ДИСТРЕССИИ РЕСПИРАТО-РИ ДАР КҶДАКОНИ НОРАСИД ВА ИМКО-НИЯТИ ИСТИФОДАИ ОНҶО ДАР ҶТ.

Мақсади тадқиқот. Таҳлили тадқиқотҳои пешгирии синдроми дистресси-респираторӣ ва имкониятҳои истифодабарии он дар шароитҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усули тадқиқот. Тадқиқи мазкур мутобиқи қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, низомнома ва ҳуҷҷатҳои меъёрии муассисаҳои барои таваллуд ёрирасон, ки аз тарафи Вазорати тандурусти ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои маълумотҳои ҳисоботи тасдиқ шуда, гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои тадқиқот. Дар қори мазкур муносибатҳои ки ба назорати зани ҳомиладор дар асоси пешниҳоди 5-уми Аврупои тасдиқшуда

оид ба синдроми дистресси-респиратории навзодон ирсол гардидааст. Далелҳои таъсири мусбӣ ва манфии доруҳои стероиди ба ҷанин ва пешниҳодҳои оид ба истифодаи онҳо дар ҷараёни ҳомиладорӣ бо ҳавфи тавлиди пеш аз вақти вобаста аз даври гестация, аз ҷумла пеш аз амалиёти ҷоки қайсар то 39 ҳафта оварда шудааст. Ҳамчунин таҳқиқи муҳтасари муқоисавӣ бо протоколи миллии клиникӣ оид ба пешбарии тавлиди пеш аз вақти ва терапияи токлинӣ дода шудааст.

Ҳулоса: Ошкорсозии бармаҳали ҳавфи исқотдошта ва таъмин кардани онҳо бо ёрии мутобиқи стратегияи муносири пасткунии оқибати перинаталии номусоид гузаронида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: валодати пеш аз вақти, синдроми дистресси респираторӣ, пешгирии антенаталӣ синдроми дистресси респираторӣ, навзоди норасид, камвазн, реаниматсия, беморшавӣ, ғавт.

УДК 616-002.07

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-44-48

Р.У. Махмудова

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ТУБЕРКУЛЁЗА

ГОО «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Махмудова Рухсора Ульмасовна - ассистент кафедры фтизиопульмонологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; г. Душанбе, проспект И. Сомони 59; E-mail: dr.zakirova@gmail.com; Тел.: +(992)907559995

Цель исследования. Изучить амбулаторные карты ВИЧ-инфицированных лиц и выявить пациентов, страдающих туберкулезом и оценить факторы риска развития туберкулеза.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами произведен ретроспективный анализ амбулаторных карт (формы 25/у) 786 ВИЧ инфицированных лиц, (509 детей (64,8%) и 277 взрослых (35,2%), которые находились на диспансерном учете в Центрах по борьбе и профилактике ВИЧ, и оценены эпидемиологические факторы риска высокой инфицированности туберкулезом.

Результаты исследования и их обсуждение. Из числа 509 обследованных детей живущих с ВИЧ (от 0 до 17 лет) туберкулёз выявлен у 47 (9,2%), из числа 277 взрослых (от 18 до 59 лет) - выявлен у 36 (13%). Из 786 (100%) обследованных ВИЧ инфицированных пациентов туберкулёзом болели 83 (10,6%) человека.

Заключение. Установлено, что люди, живущие с ВИЧ-инфекцией, относятся к группе риска развития активного туберкулёза, особенно его лекарственно устойчивых форм. Ведущим фактором риска по туберкулёзу являлся семейный контакт с больным активной формой туберкулёза выделяющий МБТ.

Ключевые слова: туберкулёз, факторы риска, ВИЧ-инфекция.

R.U. Makhmudova

HIV INFECTION AS A RISK FACTOR FOR TUBERCULOSIS

Institute of Postgraduate Education in Health Care of the Republic of Tajikistan

Makhmudova Rukhsora Ulmasovna - Assistant of Phthisiopulmonology Department, SIU "Institute of Postgraduate

Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”; Dushanbe, I. Somoni avenue 59; E-mail: dr.zakirova@gmail.com; Tel: +(992)907559995

Aim. *To study ambulatory records of HIV-positive patients and to identify patients suffering from tuberculosis and to assess risk factors for the development of TB.*

Materials and methods. *To achieve the objective we retrospectively analyzed the outpatient records (form 25/u) of 786 HIV-infected individuals, (509 children (64.8%) and 277 adults (35.2%), who were on the outpatient registry of the Centers for HIV Control and Prevention and evaluated the epidemiologic risk factors for high tuberculosis infection.*

Results and discussion. *Of the 509 examined children living with HIV (0 to 17 years), tuberculosis was detected in 47 (9.2%) and among 277 adults (18 to 59 years) in 36 (13%). Out of 786 (100%) HIV-infected patients examined, 83 (10.6%) had tuberculosis.*

Conclusion. *It was found that people living with HIV infection are at risk of developing active TB, especially its drug-resistant forms. The leading risk factor for tuberculosis was family contact with a patient with an active form of tuberculosis secreting MBT.*

Keywords: *tuberculosis, risk factors, HIV infection.*

Актуальность. ВИЧ-инфекция является одним из основных факторов риска развития туберкулёза (ТБ). ВИЧ способствует активации латентного туберкулезного процесса, повышению годового риска развития активного ТБ более чем в 20 раз. Риск развития туберкулёза у ВИЧ-инфицированного пациента в 10-15 раз выше, чем у человека без ВИЧ-инфекции [1, 4, 6].

Основным фактором риска развития и распространения лекарственно устойчивого туберкулёза у ВИЧ позитивных пациентов это позднее обращение, выявление и начало специфического лечения, неэффективное предыдущее лечение, особенно прерванное и незаконченное, несоблюдение большим режимом лечения [3,7,10].

Частота туберкулёза существенно увеличилась в популяциях, где широко распространены ВИЧ-инфекция и инфицированность микобактериями туберкулёза (*M. tuberculosis*). ВИЧ-инфекция повышает восприимчивость человека к туберкулёзной инфекции. У больных, зараженных *M. tuberculosis*, ВИЧ-инфекция является причиной прогрессирования бессимптомного течения туберкулёзной инфекции [1, 5, 8].

Риск развития ТБ возрастает с усилением иммунодепрессии у лиц инфицированных ВИЧ инфекцией, заболевание туберкулёзом в 50% случаях увеличивается у лиц, постоянно принимающих гормональные препараты, у пациентов страдающих сахарным диабетом, хронической язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. ТБ может проявиться в любой момент во время прогрессирования ВИЧ-инфекции. Риск развития ТБ резко увеличивается с ухудшением и снижением СД-4 клеток иммунного статуса [3, 8, 9, 10].

ВИЧ-инфицирование повышает риск заражения первичным туберкулезом и способствует

реактивации ранее существовавшей у пациента латентной туберкулезной инфекции, а также усиливает степень прогрессирования и активации у лиц раннее перенесших ТБ [4, 8, 10]. Низкая продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных пациентов, страдающих туберкулезом, обусловлена поздней диагностикой патологического процесса, возникновением резистентных форм МБТ, что объясняется нарушением режимов антибактериальной терапии, факторами риска социальной дезадаптации и сопутствующими заболеваниями [6, 8, 9].

Рост заболеваемости туберкулезом среди больных СПИДом, в США создает повышенный риск инфицирования медицинского персонала, увеличения частоты выража туберкулиновых проб, у медицинских работников [1, 3, 7, 8].

Часто ВИЧ-инфицированные пациенты страдают и умирают от туберкулёза и других оппортунистических инфекций [2, 4, 5, 10].

Цель исследования. Изучить амбулаторные карты ВИЧ-инфицированных лиц и выявить пациентов, страдающих туберкулезом и оценить факторов риска развития ТБ.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами проанализированы амбулаторные карты (формы 25/у) 786 ВИЧ инфицированных лиц, из них 509 были (66%) детского возраста, а 277 (34%) были взрослыми. Все исследуемые находились на диспансерном учете в Центрах по борьбе и профилактике ВИЧ. Из 786 опрошенных 72% составляли жители сельской местности, 28% – городские. Мужчины составили 73,6%, женщины – 26,4%.

Результаты исследования и их обсуждение. Из числа 509 обследованных детей, живущих с ВИЧ (от 0 до 17 лет) ТБ выявлен у 47 человек, из них с сочетанной инфекцией были 57%. В воз-

растной группе 18-59 лет ВИЧ/ТБ диагностировано у 43%. Самый высокий показатель (35%) сочетания ВИЧ+ТБ регистрировался в возрастной группе 18-39 лет. Из числа 51 пациента с легочной формой ТБ у 29 (57%) из них выявлен контакт с родителями, которые страдали активной формой туберкулёза. Выявленные у 17 (65,4%) детей МБТ были идентичны с МБТ родителей. Среди взрослых 15 человек (41,7%) отбывали срок в исправительных учреждениях и 16 (45,4%) человек были в трудовой миграции, в основном в Российской

Федерации, из которых 3 пациента также отбывали срок в исправительных учреждениях Российской Федерации более 15 лет. Они периодически принимали противотуберкулёзное лечение, на момент исследования страдали множественными и широкими лекарственно устойчивыми формами ТБ. Факторами риска у ВИЧ-инфицированных пациентов является в основном контакт с больными выделяющих микобактерии ТБ, особенно его лекарственно устойчивых форм.

Среди взрослых пациентов наиболее часто

Таблица 1.

Клиническая структура выявленных форм туберкулёза у ВИЧ инфицированных пациентов

Клинические формы туберкулёза	Всего больных		1-я группа n=47 детей		2-я группа n=36 взрослых	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первичный туберкулёзный комплекс	6	7,2	6	12,7	-	-
ТБ внутригрудных лимфоузлов	17	20,5	11	23,4	6	16,7
Инфильтративный	33	39,8	14	29,8	19	25,0
Диссеминированный	9	10,8	7	14,9	2	33,3
Фиброзно-кавернозный	3	3,6	-	-	3	8,3
ТБ ЦНС и менингит	4	4,8	3	6,4	1	2,8
Туберкулёзный плеврит	5	6,1	3	6,4	2	5,6
Туберкулёз периферических лимфоузлов	3	3,6	2	4,2	1	2,8
Костно-суставной туберкулез	2	2,4	1	2,1	1	2,8
Туберкулёз кожи	1	1,2	-	-	1	2,8
Итого	83		47	100	36	100

выявлялась инфильтративная форма туберкулёза с поражением верхней доли лёгкого и обсеменением в другое легкое. Данная форма диагностировалась среди 14 (29,8%) детей и среди 19 (25,0%) взрослых, из них у 47% пациентов было осложнение в виде экссудативного плеврита. Среди детей первичный туберкулёзный комплекс выявлен у 6-ых (12,7%). Самая тяжелая распространённая форма туберкулёза, которая протекает очень тяжело, как среди детей, так и среди взрослых - это диссеминированная форма туберкулёза. Она выявлялась 7 (14,9%) детей у 2 (33,3%) взрослых. Самая запущенная форма туберкулёза с хроническим течением, фиброзно-кавернозная, выявлена у 3 (3,6%) детей и у 3 (8,3%) взрослых.

Среди ВИЧ-инфицированных пациентов наиболее часто встречаются внелегочная форма туберкулёза, которая свидетельствует об атипичном течении данной патологии среди ВИЧ-инфицированных лиц. При нашем изучении, туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов

выявился у 11 (23,4%) детей и у 6 (16,7%) взрослых, а туберкулёз ЦНС и менингит встречался у 3 (6,4%) детей и у 1 (2,8%) взрослого, туберкулёз периферических лимфоузлов – у 3 (6,4) детей и 2 (5,6%) взрослых, туберкулёзный плеврит - у 3 (6,4%) детей и 2 (5,4%) взрослых, костно-суставной туберкулез по 1-му среди детей и взрослых, туберкулёз кожи – у 1 (2,8%) взрослого.

Среди выявленных пациентов со множественно лекарственной устойчивой формой туберкулёза, сочетанной с ВИЧ-инфекцией, в основном встречались ТБ органов дыхания (89,3%). В основном ТБ сочетанный с ВИЧ-инфекцией протекает атипично, что затрудняет диагностику заболевания и является причиной позднего выявления туберкулёза. Другой наиболее частой причиной позднего выявления и тяжелого течения туберкулёза у ВИЧ-положительных лиц является влияние сопутствующих заболеваний. Хроническими заболеваниями страдали 69% больных, среди них были: гепатит В и С (21%), анемия (33%), хронические заболевания

ем ЖКТ (47%), и урогенитальная инфекция (16%).

Таким образом, изучение клинической структуры выявленных форм туберкулёза у ВИЧ-инфицированных пациентов свидетельствует о быстром прогрессировании распространённых форм ТБ. Так, диссеминированный туберкулёз диагностировался у 33,3% взрослых, также зарегистрирован высокий процент генерализованной формы туберкулёза с осложнениями, туберкулёз центральной нервной системы и мозговых оболочек. С туберкулезным менингитом выявлено 2,8% взрослых и 6,4% детей (т.е. в 3 раза выше, чем среди взрослых). Также определялся высокий показатель инфильтративного туберкулёза среди детей (29,8%), а среди взрослых (25%). ТБ внутригрудных лимфатических узлов, который в основном характерен для детского возраста составлял 23,4% (среди взрослых - 16,7%).

Выводы.

1. Все люди, живущих с ВИЧ-инфекцией относятся к группе риска развития активного туберкулёза

2. Ведущим фактором риска заражения туберкулёзом является семейный контакт с больным активным туберкулёзом легких выделяющим МБТ.

3. Для предупреждения развития туберкулёза у ВИЧ-инфицированных лиц важно проведение 6-месячного курса профилактического лечения изониазидом. После исключения активного ТБ нужно постоянное, совместное наблюдение со стороны врачей общей практики, инфекционистов и фтизиатров.

4. Для снижения риска развития ТБ у ВИЧ-инфицированных лиц необходимо своевременное назначение и контроль антиретровирусной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-10 см. в REFERENCES)

1. Бородулина Е.А. Динамика характеристик группы пациентов с комарбидностью ВИЧ - инфекции и туберкулёза за 3-летнее наблюдение / Е.А. Бородулина, Б.Е. Бородулин, Е. С. Вдоушкина и др. // Туберкулез и болезни легких 2016 -№ 5. - С. 35-38.

2. ВИЧ-инфекция: информационный бюллетень № 40 // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. – М., 2015. – С. 56.

3. Еременко Е.П. Вич-инфекция у детей как фактор риска туберкулеза / Е. П. Еременко, Е. А. Бородулина, Е. А. Амосова // Туб. и болезни лёгких, - 2017. - Том 95. - № 1. С. 18-21

4. Рузиев М.М. Мониторинг и оценка антиретровирусной терапии пациентов с ВИЧ-инфекцией и

сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ / М.М. Рузиев, И.С. Бандаев, С.В. Косимова, Б.Ю. Джонова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2018. № 2. С. 95-100.

5. Рузиев М.М. Мониторинг и оценка выполнения программ по тестированию и консультированию на ВИЧ в Республике Таджикистан / М.М. Рузиев, И.М. Сон, И.С. Бандаев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2018. Т. 8. № 1 (25). С. 66-71.

6. Сиродждинова У.Ю. Факторы риска, влияющие на туберкулёзный процесс у детей из очагов инфекции / У.Ю. Сиродждинова, К.И. Пиров, О. И. Бобоходжаев и др. // Ж. Наука, новые технологии инновации Кыргызстана - 2017. -№8 –С. 101-104.

7. Покровский В.В. «ВИЧ-инфекция и туберкулёз в России: Оба хуже» / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2014. – С. 4-7.

8. Шугаева С.Н. Клинические проявления иммунопатологии как фактор риска туберкулеза у детей при моноинфекции и коинфекции ВИЧ / С.Н. Шугаева, А. Г. Петрова // Туб. и болезни лёгких, - 2017. - Том 95. - №11. С.69-73.

REFERENCES

1. Borodulina E.A. Dinamika kharakteristik gruppy patsientov s komarbidnostyu VICH - infektsii i tuberkulyoza za 3-letnee nablyudenie [Dynamics of characteristics of the group of patients with HIV-tuberculosis comorbidity during the 3-year follow-up]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2016, No. 5, pp. 35-38.

2. *Federalnyy nauchno-metodicheskiy tsentr po profilaktike i borbe so SPIDom VICH-infektsiya: informatsionnyy byulleten № 40* [Federal Scientific and Methodological Center for the Prevention and Control of AIDS. HIV Infection: Information Bulletin No. 40]. Moscow, 2015. 56 p.

3. Eremenko E.P. Vich-infektsiya u detey kak faktor riska tuberkuleza [HIV infection in children as a risk factor for tuberculosis]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2017, Vol 95, No. 1, pp. 18-21.

4. Ruziev M.M. Monitoring i otsenka antiretrovirusnoy terapii patsientov s VICH-infektsiyey i sochetannoy infektsiyey VICH/TB [Monitoring and Evaluation of Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection and HIV/TB Co-infection]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya - Herald of postgraduate education in healthcare sphere*, 2018, No. 2, pp. 95-100.

5. Ruziev M.M. Monitoring i otsenka vypolneniya programm po testirovaniyu i konsultirovaniyu na VICH v Respublike Tadjhikistan [Monitoring and evaluation of HIV testing and counseling programs in Tajikistan]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjhikistana - Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2018, Vol. 8, No. 1 (25), pp. 66-71.

6. Sirodzhidinova U.Yu. Faktory riska, vliyayushchie na tuberkulyoznyy protsess u detey iz ochagov infektsii

[Risk Factors Influencing the TB Process in Children from Areas of Infection]. *Zhurnal Nauka, novye tekhnologii innovatsii Kyrgyzstana - Journal Science, new technologies innovations of Kyrgyzstan*, 2017, No. 8, pp. 101-104.

7. Pokrovskiy V.V. VICH-infektsiya i tuberkulyoz v Rossii: Oba khuzhe [HIV infection and tuberculosis in Russia: Both worse]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2014, pp. 4-7.

8. Shugaeva S.N. Klinicheskie proyavleniya immunopatologii kak faktor riska tuberkuleza u detey pri mono-infektsii i koinfektsii VICH [Clinical manifestations of immunopathology as a risk factor for tuberculosis in children with HIV mono-infection and co-infection]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2017, Vol 95, No. 11, pp. 69-73.

9. WHO/HTM/TB/2016.13 Global Tuberculosis report 2016. [Electronic resource] // URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en.

10. World Health Organization, Global tuberculosis report 2017. [cited 2017 Aug 2]; Available at: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en

ХУЛОСА

Р.У. Махмудова

ВНМО – ҲАМЧУН ОМИЛИ ХАТАРИ ГИРИФТОРШАВӢ БА БЕМОРИИ СИЛ

Мақсади тадқиқот: Омузиши корти амбулатории (шакли №25/у) 786 –нафар шахсони бо ВНМО зиндагикунанда (64,8% қудакон ва 35,2% калонсолон), ки дар байни онҳо 83 нафарашон бо беморони сил дарёфт гаштааст, ва баҳо додан

ба таъсири омилҳои хатари гирифторшавӣ ба бемории сил.

Мавод ва усули тадқиқот. Барои ноил гаштан ба мақсади гузашта шуда, таҳлили кортҳои дармонгоҳии (шакли 25/у) 786 – нафар сироятёфтагони ВНМО омӯхта шуданд, ки аз онҳо 509 (64,8%) қудакон ва 277 (35,2%) калонсолоне, ки дар қайди диспансерии Марказҳои мубориза ба пешгирии ВНМО буданд. Аз 786-нафар 72% истиқоматкунандагони деҳот ва 28% – шаҳрҳо буда, ки аз онҳо мардон 73,6% ва занон – 26,4% ташкил доданд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо: Аз шумораи 786 нафар таххисшудагони шахсони гирифтори ВНМО ҳамагӣ 83 (10,6%) нафар беморони сил дарёфт карда шуд, ки аз 509 нафар қудакони то 17 сола бо бемории ВНМО 47- нафарашон (9,2%) беморони сили фаъолро дар бар мегиранд. Аз 277 нафар калонсолони гирифтори ВНМО 36 нафар (13%) беморони сили фаъолро ташкил медиҳад.

Хулоса. Омилҳои асосии сирояти бемории сил дар байни шахсони гирифтории ВНМО ин тамос бо бемории сили хориҷкунандаи микобактерияи сил мебошанд. Барои пешгири намудани бемории сил дар байни гирифторони ВНМО гузаронидани табobati пешгирикунандаи 6-моҳа бо изониазид, баъд аз инкор намудани сили фаъол таъиноти табobati зиддивириси зарур аст.

Калимаҳои калидӣ: Сил, омилҳои хатар, ВНМО.

УДК-616.001.17;616.717

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-48-55

Н.М. Мирзоев¹, Г.М. Ходжамуродов², А.Х. Шаймонов², С.С. Зиёзода¹, Б.А. Одинаев¹, Н.Х. Шамсов²

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХЭТАПНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ОЖОГОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

¹Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ имени Абуали ибн Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Мирзоев Набиджон Мирзоевич - аспирант кафедры хирургических болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино; 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои 33; E-mail: mirzoevnabijon@mail.ru

Цель исследования. Изучение ближайших и отдалённых результатов применения несвободных лоскутов при лечении больных с последствиями ожогов верхней конечности.

Материал и методы исследования. В материал исследования вошли 32 больных, с последствиями ожогов верхней конечности, обратившихся в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра