



ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Е. С. Вдоушкина, А. Н. Кузнецова, Б. Е. Бородулин, Е. П. Еременко

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет», г. Самара, РФ

THE IMPACT OF SOCIAL FACTORS ON LETHAL OUTCOMES IN THE PATIENTS WITH TB/HIV CO-INFECTION

E. S. Vdoushkina, A. N. Kuznetsova, B. E. Borodulin, E. P. Eremenko

Samara State Medical University, Samara, Russia

Цель исследования: изучить значимость социальных факторов при летальных исходах больных с коморбидной патологией (ВИЧ-инфекция и туберкулез) в противотуберкулезном стационаре в течение месяца после поступления в регионе с высоким распространением ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. В соответствии с критериями включения и исключения было сформировано 2 группы: 1-я группа – 70 пациентов с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, умерших в противотуберкулезном стационаре в течение месяца после поступления; 2-я группа – 70 пациентов с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, выписанных из стационара с улучшением. Критериями включения являлись: ВИЧ-инфекция, доказанная иммуноблоттингом; туберкулез, утвержденный на ЦВК. Критерии исключения: сахарный диабет, беременность, ранний рецидив туберкулеза. Изучались факторы: образование, наличие семьи, работы, нахождение в местах лишения свободы, потребление инъекционных наркотиков, сроки обращения за медицинской помощью по данному эпизоду заболевания и способ выявления туберкулеза. При статистической обработке материала применялся χ^2 -критерий Пирсона или χ^2 -критерий с поправкой Йетса, при числе степеней свободы $f = 1$ ($f = (r - 1) \times (c - 1)$). Уровень значимости принимался за величину 0,05 и менее.

Результаты. Возраст пациентов в исследуемых группах был от 18 до 45 лет, средний возраст $29,0 \pm 5,4$ года, в обеих группах преобладали мужчины: в 1-й группе – 74,3% ($n = 52$), во 2-й группе – 58,6% ($n = 41$) ($\chi^2 = 3,88$; $p = 0,049$). В 1-й группе было больше лиц молодого возраста (до 30 лет), во 2-й группе – в возрасте 40-45 лет. Высшее образование имели в 1-й группе 30,0% ($n = 21$) пациентов, во 2-й группе – 10,8% ($n = 13$) ($\chi^2 = 2,49$; $p = 0,1149$). Имели семью лишь 21,4% ($n = 15$) пациентов 1-й группы, тогда как во 2-й группе 67,1% ($n = 40$) ($\chi^2 = 18,72$; $p = 0,00001$). Большинство пациентов обеих групп не имели постоянной работы: 70% ($n = 49$) и 58,6% ($n = 41$) 1-й и 2-й групп соответственно ($\chi^2 = 1,99$; $p = 0,1582$). Нахождение

в местах лишения свободы зафиксировано чаще среди пациентов 1-й группы – 47,1% ($n = 33$), чем 2-й группы – 25,0% ($n = 17$) ($\chi^2 = 7,96$; $p = 0,0048$). Асоциальный образ жизни вели большинство больных 1-й группы – 80,0% ($n = 56$), примерно половина – 48,6% ($n = 34$) – 2-й ($\chi^2 = 15,06$; $p = 0,0001$). Мигрантов в 1-й группе было 12,9% ($n = 9$), а во 2-й группе – 4,2% ($n = 3$) ($\chi^2 = 2,28$; $p = 0,1312$). Частота больных со стажем потребления инъекционных наркотиков более 10 лет в 1-й группе составила 35,7% ($n = 25$), во 2-й группе – 27,1% ($n = 19$) ($\chi^2 = 1,19$; $p = 0,2747$). Имели продвинутую стадию ВИЧ-инфекции с количеством CD4 < 100 кл/мкл в 1-й группе 22,8% ($n = 16$) больных, во 2-й группе – 4,2% ($n = 3$) ($\chi^2 = 15,88$; $p = 0,001$). Туберкулез легких чаще выявлялся в обеих группах при обращении самих пациентов за медицинской помощью, в 1-й группе – в 61,4% ($n = 43$), во 2-й группе – в 68,5% ($n = 48$) случаев ($\chi^2 = 0,78$; $p = 0,3756$). Большая часть (70,0%, $n = 49$) больных 1-й группы не проходили флюорографию более трех лет, во 2-й группе таких было 10% ($n = 7$) ($\chi^2 = 13,93$; $p = 0,0002$). По данному эпизоду заболевания туберкулезом обратились за медицинской помощью в течение первых двух недель (от дня, когда почувствовали первые симптомы) в 1-й группе только 7,14% ($n = 5$), во 2-й группе – 8,57% ($n = 6$) пациентов ($\chi^2 = 0,00$; $p = 1,0000$). Более чем через 1 мес. обратились за медицинской помощью в 1-й группе 48,6% ($n = 34$), во 2-й группе – 27,1% ($n = 19$) ($\chi^2 = 6,83$; $p = 0,009$). Отмечено, что на момент обращения к врачу никто не сообщил о наличии контакта с больным туберкулезом. Все данные о контакте выявлялись только после выявления туберкулеза.

Заключение. При сравнительном анализе социальных и медицинских факторов у двух групп пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции отмечено, что летальный исход имел место чаще у лиц до 30 лет, не имеющих семьи ($\chi^2 = 18,72$; $p = 0,00001$), пребывавших ранее в местах лишения свободы ($\chi^2 = 7,96$; $p = 0,0048$), ведущих асоциальный образ жизни, имевших низкий иммунный статус – CD4 < 100 кл/мкл ($\chi^2 = 15,88$; $p = 0,001$). Об-

разование, отсутствие работы, прием инъекционных наркотиков статистически значимых достоверных отличий в группах не имели, что, возможно, связано с их высоким распространением в обеих группах. Среди пациентов с летальным исходом достоверно чаще встречались случаи, когда флюорографиче-

ское обследование не выполнялось более трех лет ($\chi^2 = 13,93; p = 0,0002$).

Вдоушкина Елизавета Сергеевна
(*Elizaveta S. Vdovushkina*)
E-mail: vdovushkina@rambler.ru



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-12-62-63

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕЛАМАНИДА В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Лорсанов С. М., Хайдарханова З. Б., Хункарсултанов С. Б.

ГБУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» г. Грозный, Чеченская Республика

THE EXPERIENCE OF USING DELAMANID IN THE CHECHEN REPUBLIC

Lorsanov S. M., Khaydarkhanova Z. B., Khunkarsultanov S. B.

Republican TB Dispensary, Grozny, the Chechen Republic, Russia

Цель исследования: проанализировать опыт применения деламанида в Чеченской Республике.

Материалы и методы. С сентября 2015 г. по август 2017 г. в Чеченской Республике у 43 больных туберкулезом в схему противотуберкулезной терапии включался деламанид. Мужчин было 32 (74,4%), женщин – 11 (25,6%), возраст от 16 до 67 лет, средний возраст мужчин – $47,8 \pm 14,4$, женщин – $42,2 \pm 15,4$ года.

Эти пациенты оказались в программе по лечению туберкулеза в результате: неудачи предыдущего курса противотуберкулезной терапии – 37 (86%) пациентов, впервые выявленного туберкулеза легких – 4 (9,3%), рецидива заболевания – 2 (4,7%) пациента. У 38 (88,4%) пациентов были деструкции в легочной ткани. У 4 (9,3%) пациентов было сочетание с ВИЧ-инфекцией, у 5 (11,6%) – с гепатитом В, у 12 (27,9%) – с гепатитом С, у 4 (9,3%) – с гепатитами В и С, у 1 (2,3%) – с сочетанием ВИЧ-инфекции и с гепатитами В и С.

Все пациенты были бактериовыделителями, у 33 (76,7%) *M. tuberculosis* обнаруживались бактериоскопически. У всех определена лекарственная чувствительность микобактерий туберкулеза (МБТ).

Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) МБТ выявлена у 11 (25,6%) пациентов, преШЛУ МБТ (широкая лекарственная устойчивость) с резистентностью к инъекционным препаратам – у 11 (25,6%) пациентов, преШЛУ МБТ с резистентностью к фторхинолонам – у 2 (4,7%), ШЛУ МБТ – у 18 (41,8%) пациентов.

Результаты. Конверсия мокроты через 6 мес. от начала приема деламанида достигнута у 18 (41,8%) пациентов. В общем на конверсию мокроты ушло от 32 до 241 дня, медиана составила 68 дней. Пациенты получали при этом деламанид 171,5 дня

(медиана), компания-производитель рекомендует терапию длительностью 6 мес.

Прием деламанида пациентами завершился в 2017 г. Исходы терапии проанализированы по состоянию на июль 2019 г. От разных причин, включая туберкулез и ВИЧ-инфекцию, умерло 13 (30,2%) пациентов, продолжают лечение 10 (23,2%), полностью излечены 14 (32,6%), потеряны для наблюдения 6 (13,9%).

Лечение деламанидом оказалось безопасным, не зарегистрировано нежелательных явлений, потребовавших отмены препарата или изменения режима лечения. Несмотря на то что исходно у 14 (32,5%) пациентов выявлено на ЭКГ удлинение интервала QTc, только у 1 пациента на протяжении лечения обнаружено удлинение QTc более 500 мс, это не стало причиной отмены деламанида. Отсутствие клинических данных за кардиотоксичность тем более интересно, что 19 (44,2%) пациентов получали деламанид вместе с бедаквилином с известной кардиотоксичностью. Среди прочих нежелательных явлений по одному случаю регистрировались: повышение уровня печеночных ферментов (АЛТ, АСТ), тромбоцитопения и анемия, периферическая невралгия, дерматит, рвота, боли в сердце, кардиомиопатия, экстрасистолия, снижение слуха, отеки нижних конечностей, которые не стали причиной исключения деламанида из схемы терапии. Нежелательные явления купировались самостоятельно или симптоматической терапией, при этом 41 из 43 пациентов длительно получали еще и линезолид и клофазимин.

Заключение. Опыт применения деламанида для лечения туберкулеза легких с МЛУ МБТ у взрослых показал хорошую его переносимость и безопасность. Отсутствовали нежелательные явления, приведшие к клинически значимому ухудшению со-