

ном диспансере (ПТД) для лечения туберкулеза, так и врача-инфекциониста для получения антиретровирусной терапии, которую получали 54,1% пациентов. В то же время установлен положительный факт, что концентрация пациентов в КФП, где врач-фтизиатр имеет специализацию по инфекционным болезням, позволяла качественно контролировать направление больных на стационарное лечение и прием противотуберкулезных препаратов на амбулаторном этапе лечения, а также успешно проводить профилактическую работу в очагах туберкулезной инфекции.

Выводы. Создание КФП для диспансерного наблюдения больных с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией имеет положительное эпидемическое и клиническое значение. Ранее диспансерное наблюдение за больными туберкулезом с ВИЧ-инфекцией

в значительной степени осложнялось необходимостью двойного посещения, как фтизиатра в ПТД для лечения туберкулеза, так и врача-инфекциониста для получения антиретровирусной терапии. Создание КФП для больных ВИЧ-инфекцией позволило осуществлять диспансерное наблюдение врачом-фтизиатром, имеющим специализацию по инфекционным болезням, улучшив отбор больных на стационарное и санаторное лечение и контроль за приемом как противотуберкулезных, так и антиретровирусных препаратов при амбулаторном лечении, а также качественно проводить профилактическую работу в очагах туберкулезной инфекции. Для дальнейшего улучшения этой службы возможно рассмотреть вопрос по созданию отдельной (V) ГДУ в ПТД для больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

УСТРАНИМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ

А. В. МОРДЫК, О. Г. ИВАНОВА, С. В. СИТНИКОВА

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России
КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4», г. Омск

Цель исследования: выявление и анализ предикторов, оказывающих влияние на эффективность лечения и исход заболевания у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией для оптимизации терапии.

Материалы и методы. Исследование состояло из двух этапов. На первом этапе проведено ретроспективное исследование – анализ отчетных форм №8 и 33, форм 263/у-ТБ, историй болезни 302 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией: 120 больных, включенных в исследование, находились под наблюдением с 2008 по 2010 г., 182 пациента – с 2011 по 2013 г. На втором этапе проведено проспективное исследование, в которое включено 94 пациента, по разработке подходов к оптимизации терапии сочетанной патологии. Анализ полученных результатов проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0, рассчитывали показатели описательной статистики, критерий χ^2 , использовали факторный, кластерный анализ. Различия величин показателей считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В 2012 г. в Омской области зарегистрировано 117 новых случаев сочетанной патологии ВИЧ-инфекция – туберкулез, что составило 5,9 случаев на 100 тыс. населения (на 55,2% больше, чем в 2011 г.). В сравнении с 2011 г. отмечена тенденция снижения частоты выявления ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом и увеличения частоты (в 1,7 раза) заболевания туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией. В 2012 г. соотношение

мужчин и женщин в структуре заболеваемости составило 3,5 : 1 (в 2010 г. – 4,5 : 1). В 2013 г. в Омской области почти в 3 раза увеличилось число новых случаев ВИЧ-инфекции (от 840 случаев в 2012 г. до 2 221 в 2013 г.) и сочетанного с ВИЧ-инфекцией туберкулеза. Количество случаев ВИЧ-инфекции у женщин увеличилось в 1,3 раза, доля женщин детородного возраста составила 92,8%, женщинами с ВИЧ-инфекцией рождено 173 ребенка. В структуре клинических форм преобладал инфильтративный туберкулез легких (55,6%), отмечено увеличение доли генерализованных форм туберкулеза, туберкулеза центральной нервной системы.

Предикторами неблагоприятных исходов в случае сочетания туберкулеза с ВИЧ-инфекцией, по результатам факторного анализа, являлись: поздняя стадия ВИЧ-инфекции (и свойственные ей содержание $CD4^+$, количество копий РНК ВИЧ) ($F = 126,3$; $p = 0,001$, ранг 1), приверженность больного к лечению ($F = 114,1$; $p = 0,012$, ранг 2), продолжение употребления наркотических препаратов, несмотря на выявление заболевания ($F = 98,1$; $p = 0,022$, ранг 3); отсутствие или позднее начало АРВТ ($F = 78,2$; $p = 0,036$, ранг 4), особенности течения туберкулезного процесса (распространенность, форма, наличие: деструкции легочной ткани, бактериовыделения, множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза) ($F = 54,13$; $p = 0,042$, ранг 5); к неблагоприятному исходу также приводило сочетание у больного ВИЧ-инфекцией туберкулеза с лимфо-

пролиферативным заболеванием, онкопатологией ($F = 38,11; p = 0,049$, ранг 6). При этом сильная корреляционная прямая зависимость получена между приверженностью пациентов к сочетанной терапии и употреблением психоактивных препаратов ($r = 0,78; p < 0,001$).

Результат кластерного анализа факторов, оказывающих влияние на течение и исход заболевания у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, подтвердил полученные результаты и позволил разделить больных, включенных в исследование, на три группы: 1-ю составили больные, у которых исход заболевания был благоприятным, 2-ю – пациенты, у которых исход заболевания был неблагоприятным, 3-ю – без какой-либо (клинической, рентгенологической) динамики на фоне лечения. Основными факторами (предикторами), определяющими течение и исход заболевания, являлись стадия ВИЧ-инфекции, а также низкая приверженность больного к лечению и несвоевременное начало антиретровирусной терапии (АРВТ). Подобная классификация позволяет предполагать возможность проведения однотипных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий у больных в разных группах.

При анализе предикторов выяснено, что неустраняемыми предикторами служили: отсутствие приверженности к длительной сочетанной терапии на фоне сохраняющейся зависимости от психоактивных веществ, продолжение употребления внутривенных наркотиков и наличие у больного с ВИЧ-инфекцией туберкулеза в сочетании с другой значимой патологией (болезни крови, лимфы, онкопроцессы). Остальные предикторы можно расценивать как устранимые. Психологическое и социальное сопровождение процесса лечения

позволило повысить приверженность к лечению пациентов, в том числе с ремиссией в употреблении психоактивных веществ. Раннее начало АРВТ зависело от слаженности работы Центра СПИДа и противотуберкулезного учреждения. Запущенные, распространенные туберкулезные процессы, выявленные одновременно с ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях, поддавались терапии при включении в ее состав иммуномодулятора с противовирусной активностью – ферровира.

Выводы. Тенденция в развитии эпидемического процесса при сочетанной патологии – ВИЧ-инфекция и туберкулез – в Омской области может быть расценена как неблагоприятная (резкий рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции, случаев сочетанной патологии, заболеваемости лиц женского пола детородного возраста, увеличение числа детей, рожденных женщинами с ВИЧ-инфекцией).

Предикторами неблагоприятных исходов заболевания являются: поздняя стадия ВИЧ-инфекции; отсутствие приверженности больного к лечению (как противотуберкулезной химиотерапии, так и АРВТ), отсутствие или позднее начало АРВТ, особенности течения туберкулезного процесса.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости совершенствования системы организационных мероприятий по координации совместной деятельности противотуберкулезной, наркологической служб, Центра СПИДа, внедрения междисциплинарного подхода к ведению случаев данной сочетанной патологии, разработки комплексной программы медицинской, социальной и психологической реабилитации больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией с учетом региональных особенностей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

А. В. МОРДЫК¹, С. В. СИТНИКОВА², Т. Ю. УДАЛОВА³

¹ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России

²КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4», г. Омск

³ГБОУ ВПО «Омский государственный педагогический университет» Минобрнауки России

Цель исследования: организация психологического сопровождения процесса лечения у больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции на основе учета их личностных (социально-психологических) особенностей для повышения приверженности к лечению и эффективности терапии.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе КУЗОО «КПТД № 4» с отделениями для больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции (ТБ/ВИЧ). К участию допущены интеллектуально сохраненные больные, подпи-

савшие добровольное согласие. На 1-м этапе выборку составили 42 человека, из них 26 мужчин и 16 женщин. Возраст мужчин – $32,40 \pm 9,01$ года, женщин – $36,30 \pm 6,41$ года ($t = 1,509; p = 0,139$). Все пациенты имели 4-ю стадию ВИЧ, 4А – 32, 4Б – 10 человек. Диссеминированный туберкулез легких был у 35 (81,4%), инфильтративный – у 5 (11,6%), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – у 2 (4,7%) больных.

Проведен выбор психодиагностических методик: анкета выявления отношения к болезни, ме-