

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

ЧЕРНИКОВА А. Ю.¹, ЗЕМЛЯНСКИХ Л. Г.²

DISPENSARY FOLLOW UP OF YOUNG ADULT TUBERCULOSIS PATIENTS

CHERNIKOV A. YU.¹, ZEMLYANSKIKH L. G.²

¹ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» комитет здравоохранения Курской области, г. Курск

²ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», г. Курск

¹Regional Clinical TB Dispensary, Health Committee of Kursk Region, Kursk, RF

²Kursk State Medical University, Kursk, RF

Цель: изучить эффективность организации лечения и наблюдения туберкулеза у молодых взрослых пациентов (возраст 18-25 лет).

Материалы и методы. Основную группу составила когорта больных туберкулезом, выявленных с 2003 г. в г. Курске, в возрасте 18-25 лет (молодые взрослые, по определению Всемирной организации здравоохранения). Всего 406 человек. Средний возраст 22 ± 2 года. Мужчины – 311 (76,6%), женщины – 95 (23,4%). В первую контрольную группу включена когорта больных туберкулезом, выявленных с 1995 по 2002 г. в г. Курске, в возрасте 18-25 лет. Всего 349 человек. Средний возраст 20 ± 4 года. Мужчины – 288 (82,5%), женщины – 61 (17,5%). Вторую контрольную группу составила когорта больных туберкулезом, выявленных с 2003 в г. Курске, в возрасте 26-35 лет. Всего 310 человек. Средний возраст 29 ± 3 года. Мужчины – 228 (73,5%), женщины – 82 (26,5%). Производили расчет следующих статистических величин: вероятность события P , 85%-ный доверительный интервал для вероятности события 1β ($P \pm 1\beta$), критерий Фишера – Снедекера (F) (на основе методики ANOVA для биномиальных переменных) для сравнения трех групп, критерий z для сравнения качественных переменных (аналог t -критерия Стьюдента) двух групп, уровень значимости p (статистически значимым считался $p < 0,05$), коэффициент корреляции ϕ для дихотомических данных.

Результаты. При плановых осмотрах доля выявления туберкулеза составила: в основной группе – $0,764 \pm 0,030$, в первой контрольной – $0,643 \pm 0,036$, во второй контрольной – $0,516 \pm 0,041$ ($p < 0,05$). Были зарегистрированы следующие формы туберкулеза: первичный туберкулезный комплекс и туберкулез внутригрудных лимфоузлов (первичный туберкулез) – $0,026 \pm 0,012$, 0; очаговый – $0,389 \pm 0,035$, $0,278 \pm 0,035$, $0,197 \pm 0,032$; инфильтративный – $0,446 \pm 0,036$, $0,318 \pm 0,036$, $0,303 \pm 0,038$; диссеминированный – $0,128 \pm 0,024$, $0,183 \pm 0,030$, $0,239 \pm 0,034$; казеозная пневмония – $0,008 \pm 0,006$, $0,012 \pm 0,008$, $0,039 \pm 0,016$; туберкулема – $0,012 \pm 0,008$, $0,017 \pm 0,010$, $0,165 \pm 0,030$; фи-

брозно-кавернозный – $0,005 \pm 0,005$, $0,008 \pm 0,007$, $0,039 \pm 0,016$; плеврит – $0,012 \pm 0,008$, $0,158 \pm 0,028$, $0,018 \pm 0,011$. Отмечаются исчезновение первичного туберкулеза и снижение частоты плеврита в основной группе в сравнении с первой контрольной ($p < 0,05$), вместе с тем фиксируется рост очагового туберкулеза, что наряду с большей долей активного выявления (плановые осмотры), отличает основную группу от второй контрольной ($p < 0,05$). Различия в числе бактериовыделителей не достигают статистической значимости: $0,508 \pm 0,035$, $0,538 \pm 0,038$, $0,577 \pm 0,040$ ($p > 0,05$). Лекарственная устойчивость к одному препарату определялась: $0,311 \pm 0,033$, $0,157 \pm 0,028$, $0,399 \pm 0,040$ ($p < 0,05$). Налицо тенденция к нарастанию доли больных, выделяющих лекарственно-устойчивые микобактерии, среди молодых взрослых. Полости распада установлены: $0,421 \pm 0,035$, $0,402 \pm 0,038$, $0,601 \pm 0,040$. Отмечается их преобладание во второй контрольной группе ($p < 0,05$). Симптомы аномалий и пороков развития бронхолегочной системы обнаружены $0,365 \pm 0,035$, $0,314 \pm 0,036$, $0,122 \pm 0,027$ ($p < 0,05$). Рентгенологические и эндоскопические признаки перибронхиального и эндобронхиального туберкулеза бронха: $0,414 \pm 0,035$, $0,471 \pm 0,038$, $0,201 \pm 0,033$ ($p < 0,05$). Лабораторные признаки иммунодефицита: снижение CD4 – $0,049 \pm 0,015$, $0,054 \pm 0,017$, $0,016 \pm 0,010$ ($p < 0,05$), нарушение фагоцитоза – $0,008 \pm 0,006$, $0,008 \pm 0,007$, $0,018 \pm 0,011$ ($p > 0,05$). У молодых взрослых пациентов основной и первой контрольной групп по сравнению со взрослыми пациентами второй контрольной группы гораздо чаще встречаются симптомы туберкулеза бронха, порочного развития дыхательного тракта, нарушения Т-клеточного звена иммунитета. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет – $0,156 \pm 0,026$, $0,164 \pm 0,029$, $0,013 \pm 0,009$; язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – $0,111 \pm 0,022$, $0,106 \pm 0,024$, $0,201 \pm 0,033$; хронический бронхит – $0,231 \pm 0,030$, $0,245 \pm 0,033$, $0,543 \pm 0,041$; бронхиальная астма – $0,121 \pm 0,023$, $0,130 \pm 0,026$, $0,108 \pm 0,025$; ревматические заболевания, сопряженные с длительным приемом кортикостероидов, – $0,046 \pm 0,015$,

0,054 ± 0,017, 0,012 ± 0,009; носительство вирусного гепатита В и С – 0,316 ± 0,033, 0,122 ± 0,025, 0,408 ± 0,040; ВИЧ-инфекция – 0,118 ± 0,023, 0,065 ± 0,019, 0,122 ± 0,030. Пациенты отметили у себя курение – 0,634 ± 0,034, 0,752 ± 0,033, 0,812 ± 0,032, частое употребление спиртных напитков – 0,245 ± 0,031, 0,331 ± 0,036, 0,566 ± 0,041, употребление наркотиков – 0,143 ± 0,025, 0,054 ± 0,017, 0,218 ± 0,034. Установлен дефицит массы тела – 0,212 ± 0,029, 0,412 ± 0,038, 0,123 ± 0,027, ожирение – 0,146 ± 0,025, 0,152 ± 0,028, 0,092 ± 0,024. В основной группе в сравнении с первой контрольной наблюдаются снижение числа больных с дефицитом массы тела и нарастание носительства вирусного гепатита, ВИЧ-инфекции, числа потребителей наркотиков ($p < 0,05$). В сравнении со второй контрольной группой установлено преобладание пациентов с сахарным диабетом и более низкое число страдающих хроническим бронхитом ($p < 0,05$). В основной и второй контрольной группах использовали следующие режимы химиотерапии: I, IIА, IIБ, III, IV. В основной группе назначен III режим – 0,402 ± 0,035, во второй контрольной – 0,248 ± 0,035 ($p < 0,05$). Средний срок лечения в первой контрольной группе был наиболее длительный (в месяцах): 7 ± 2, 11 ± 3, 8 ± 2 ($p < 0,05$). Прерыва-

ние лечения пациентом: 0,123 ± 0,023, 0,241 ± 0,033, 0,354 ± 0,039. Результаты лечения не имели достоверных отличий: прекращение бактериовыделения – 0,498 ± 0,036, 0,506 ± 0,039, 0,484 ± 0,041 ($p > 0,05$), рубцевание полости – 0,356 ± 0,034, 0,386 ± 0,037, 0,398 ± 0,040 ($p > 0,05$). Установлены рецидивы туберкулеза: 0,267 ± 0,032, 0,146 ± 0,027, 0,158 ± 0,030 ($p < 0,05$). Из них с лекарственной устойчивостью: 0,135 ± 0,024, 0,121 ± 0,025, 0,112 ± 0,026 ($p < 0,05$). Выявлена высокая корреляционная связь между сокращенным сроком лечения и развитием рецидива $\phi = 0,71$ ($p < 0,05$). Преобладание рецидивов специфического процесса в основной группе над первой контрольной в большей степени связано с более ранним переводом в III группу учета (минуя II группу учета) и сокращением сроков лечения пациентов.

Заключение. Туберкулез у молодых взрослых пациентов отличается повышением частоты очагового туберкулеза в структуре заболеваемости, что увеличивает частоту использования третьего режима химиотерапии, примененного 6 мес. Наличие поражения бронха, аномалий и пороков развития бронхолегочной системы, лабораторных и клинических признаков иммунодефицита не учитывается современными схемами химиотерапии, что приводит к рецидиву туберкулеза.

ДИНАМИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ

ЧЕРНИКОВА А. Ю.¹, НОВИКОВА Н. В.¹, КОЛОМИЕЦ В. М.², ЗЕМЛЯНСКИХ Л. Г.²

CHANGES IN THE DRUG RESISTANCE OF TUBERCULOUS MYCOBACTERIA UNDER CONDITIONS OF MORTALITY REDUCTION

CHERNIKOVA A. YU.¹, NOVIKOVA N. V.¹, KOLOMIETS V. M.², ZEMLYANSKIKH L. G.²

¹ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» Комитета здравоохранения Курской области, г. Курск

²ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», г. Курск

¹Regional Clinical TB Dispensary, Health Committee of Kursk Region, Kursk, RF

²Kursk State Medical University, Kursk, RF

Цель: изучить правдоподобие представленных логических предпосылок о влиянии снижения смертности на распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ МБТ).

Материалы и методы. Проанализированы данные статистических отчетов и данные бактериологической лаборатории Курского областного ПТД за 2012-2014 гг. Определение спектра лекарственной устойчивости проводили методом посева на плотные питательные среды. Производили рас-

чет следующих статистических величин: вероятность события P , 85%-ный доверительный интервал для вероятности события $I\beta$, критерий z для сравнения качественных переменных (аналог t -критерия Стьюдента), уровень значимости p (статистически значимым считался $p < 0,05$), коэффициент корреляции ϕ для дихотомических данных.

Результаты исследования. В Курской области за 2012-2014 гг. отмечались следующие показатели заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. населения: 2012 г. – 45,6, 2013 г. – 43,7, 2014 г. – 41,7. Присут-