

стствует тенденция к снижению данного показателя на 4% в год. Вместе с тем число пациентов с туберкулезом с МЛУ МБТ в процентном отношении ко всем впервые выявленным ежегодно нарастает: 2012 г. – 8,2%, 2013 г. – 19,4%, 2014 г. – 18,9%. Распространенность туберкулеза также снижается: 2012 г. – 161 на 100 тыс., 2013 г. – 144,1, 2014 г. – 137,8. Темп снижения составляет 5-10% в год. Распространенность туберкулеза с МЛУ МБТ, наоборот, повышается: 2012 г. – 18,6 на 100 тыс., 2013 г. – 24,5, 2014 г. – 27,2. Скорость нарастания 11-31% в год ($p < 0,05$). Установлена высокая корреляционная связь между снижением смертности и ростом распространенности туберкулеза с МЛУ МБТ ($\phi = 0,7564$; $p < 0,05$). По данным бактериологической лаборатории проведен анализ на определение лекарственной устойчивости у 676 человек в 2014 г. (в 2013 г. – 671). При этом выявлена лекарственная устойчивость возбудителя у 482 (71,3%) человек, в 2013 г. – 70,0% ($p > 0,1$). МЛУ возбудителя определялась в 326 (48,2%) случаях, в 2013 г. – в 306 (45,6%) ($p > 0,1$). Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) МБТ в 2014 г. выявлялась у 59 (8,7%) человек, в 2013 г. – 64 (9,5%) ($p > 0,1$). Тотальная лекарственная устойчивость (ТЛУ) МБТ в 2014 г. – у 6 (0,9%) человек, в 2013 г. – у 9 (1,3%) ($p > 0,1$). Таким образом, не отмечено статистически значимого роста лекарственной устойчивости МБТ в популяции населения Курской области. Среди впервые выявленных пациентов тест на лекарственную устойчивость МБТ удалось поставить 247 больным в 2014 г. и 238 – в 2013 г. Сохранена чувствительность МБТ ко всем

препаратам у 138 (55,9%), в 2013 г. – у 137 (57,6%) ($p > 0,1$). Моноустойчивость МБТ отмечена в 8% случаев (2013 г. – 11,3%; $p > 0,1$), МЛУ – в 23,9% (2013 г. – 22,7%; $p > 0,1$). Среди длительно болеющих пациентов тест на лекарственную устойчивость МБТ поставлен 397 больным в 2014 г. и 408 – в 2013 г. Сохранена чувствительность ко всем препаратам у 50 (12,6%), в 2013 г. – у 55 (13,5%) ($p > 0,1$). Моноустойчивость МБТ отмечена в 2,8% случаев (2013 г. – 4,7%; $p > 0,1$), МЛУ – в 62,2% (2013 г. – 58,8%; $p > 0,1$), ШЛУ и ТЛУ МБТ фиксировалась только у пациентов этой категории. Статистически достоверного роста лекарственной устойчивости в группе впервые выявленных и длительно болеющих пациентов не выявлено.

Заключение. Установлено, что в Курской области, по данным отчетных статистических форм, отмечается рост распространенности туберкулеза с лекарственной устойчивостью МБТ, особенно с МЛУ. Но при рассмотрении данных бактериологической лаборатории статистически достоверного роста МЛУ не выявлено. Вместе с тем обращает на себя внимание высокая корреляционная связь между снижением смертности от туберкулеза и ростом распространенности МЛУ. Очевидно, что наличие современных схем лечения туберкулеза с МЛУ МБТ позволяет продлить жизнь таким пациентам, но вместе с тем выдвигает на первый план поиск новых методик лечения и реабилитации анатомических и функциональных изменений в их организме с целью полного клинического излечения и стабилизации негативных эпидемических процессов в области.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

ЧИЖОНКОВА Е. Б., ПОВАЛЯЕВА Л. В., БОРОДУЛИН Б. Е.

X-RAY SPECIFICS OF TUBERCULOSIS SIGNS IN NEW PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS IN GENERAL MEDICAL SERVICES

CHIZHONKOVA E. B., POVALYAEVA L. V., BORODULIN B. E.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Самара

Samara State Medical University, Samara, RF

Более 50% больных туберкулезом легких выявляют в лечебных учреждениях общей медицинской сети при обращении с симптомами воспалительного инфекционного заболевания легких.

Рентгенологические изменения, выявленные при проверочной флюорографии или при выполнении диагностического минимума при подозрении

на туберкулез легких в первичном звене здравоохранения, по информативности находятся на первом месте среди других направлений диагностики туберкулеза. Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) методом микроскопии дает положительный результат лишь от 5 до 30% (Перельман М. И., 2007).

Цель: изучить особенности рентгенологических проявлений у впервые выявленных больных туберкулезом легких методом проверочной ККФ и по обращаемости в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни 121 пациента с впервые выявленным туберкулезом в г. Самаре. За ограниченный процесс принимались формы туберкулеза с поражением легких очаговыми тенями и затемнениями не более 2 сегментов, за распространенный – формы с поражением легких более 2 сегментов, диссеминированные процессы. По методу выявления различали активное (по флюорографии) и пассивное (обращение пациента с жалобами). Управление данными и анализ данных проводили с использованием статистического пакета Microsoft Access 2000 (Microsoft Corp., Redmond, WA)

Результаты. Из всех впервые заболевших туберкулезом выявлено проверочной ККФ 45,45%, по обращаемости с жалобами – 54,55% человек. Средний возраст заболевших – $38,2 \pm 5,2$ года.

У пациентов, выявленных при флюорографии, МБТ не обнаружены ни в одном случае. Среди пациентов с подозрением на туберкулез при обследовании в первичном звене здравоохранения и выполнении диагностического минимума на поиск МБТ диагноз подтвержден микроскопически только в 9 (4%) случаях у пациентов с инфильтративным туберкулезом в фазе распада во 2-й группе. При обследовании в специализированной противотуберкулезной службе МБТ обнаружены у 68,6% пациентов, при этом чаще у пациентов с распространенными процессами – 86,7% – по сравнению с ограниченными процессами – 39,1% (OR – 10,11, 95%-ный ДИ 4,15-24,65, $p < 0,001$).

По характеру занятости среди всех обследованных: не имели работы 83 (68,6%) человека, среди них безработные – 49,6% (60), инвалиды – 6,6% (8), пенсионеры – 12,4% (15). При этом неработающих пациентов в 1-й группе – 32,5% (27), во 2-й группе – 67,5% (56) ($p < 0,001$). Распространенные процессы чаще диагностировали у неработающих лиц. При изучении обстоятельств выявления туберкулеза среди неработающих обнаружено, что в 1-й группе (27) выявлялись одинаково часто методом ККФ 14 (51,9%) и по обращаемости – 13 (48,1%) ($p = 0,32$), во 2-й группе (56) в 3 раза чаще выявлялись по обращаемости 42 (75%), методом ККФ выявлено 14 (25%) ($p < 0,001$). Имели работу 38 (31,4%) человек, из них 55,3% (21) – рабочие специальности, 44,7% (17) являлись служащими, из них в 1-й группе – 71% (27), во 2-й группе – 29% (11). Пациенты, имеющие работу, чаще выявлялись методом ККФ и имели ограниченный процесс ($p < 0,001$).

Среди обследованных не имели семьи более половины 58% (71) заболевших. В 1-й группе 56% (26) были одиночками, во 2-й – 60% (45) (ОШ – 0,86, 95%-ный ДИ 0,41-1,82, $p = 0,7$). Час-

тый прием алкоголя при ограниченных процессах туберкулеза имел место в 21% случаев (10), при распространенных процессах у 30,7% (23) пациентов ($p = 0,28$). Употребляли наркотики 18,2% (22) всех обследованных, из них 77,27% (17) имели распространенный процесс ($p = 0,1$). ВИЧ-инфекция была выявлена у 15,7% (19) обследованных, среди них 63% (12) имели распространенный процесс. ВИЧ-инфекция и употребление наркотиков одинаково встречаются в обеих группах ($p = 1,0$), но среди них чаще выявляются распространенные процессы, в 1-й группе соответственно 60,9% (28)/39,1% (18) пациентов, во 2-й – 50,67% (38)/49,33% (37) (OR – 1,51, 95%-ный ДИ 0,72-3,19, $p = 0,28$). Среди пациентов, выявленных по обращаемости, распространенные процессы выявлялись в 2 раза чаще. Все формы туберкулеза, выявленные у пациентов, были разделены на 2 группы: 1-я группа – ограниченный процесс, 2-я группа – распространенный процесс.

В 1-ю группу вошли 38,02% (46) больных, во 2-ю группу – 61,98% (75) человек, при этом средний возраст пациентов с ограниченным процессом (1-я группа) 39,9 года, при распространенном процессе (2-я группа) – 40,4 года ($p = 0,85$). По половому признаку среди всех заболевших туберкулезом легких было 71% мужчин (86) и 28,9% женщин (35), соотношение М:Ж – 3:1; при этом в 1-й группе – 58,7% (27) мужчин и 41,3% (19) женщин (1,4:1), во 2-й группе – 78,67% (59) мужчин и 21,33% (16) женщин (3,6:1). Среди пациентов с распространенным процессом достоверно больше мужчин (OR – 2,59, 95%-ный ДИ 1,16-5,81, $p = 0,019$).

По объему поражения в 1-ю группу вошли формы туберкулеза: очаговый – 56,5% (26), инфильтративный – 19,6% (9), туберкулема легких – 23,9% (11), во 2-ю группу – инфильтративный туберкулез легких – 74,6% (56), казеозная пневмония – 12% (9) и 13,3% (10) – диссеминированный туберкулез легких.

Умерло в течение первого года после выявления 5,79% (7) человек, из них 85,7% (6) с распространенными процессами (OR – 3,91, 95%-ный ДИ 0,45-33,59, $p = 0,18$).

Заключение. Распространенность процесса у впервые выявленных больных туберкулезом в первичном звене здравоохранения методами проверочных ККФ и по обращаемости указывает, что лица, имеющие распространенный процесс, чаще выявляются по обращаемости. Значимым и ведущим методом, который позволяет заподозрить туберкулез, является лучевая диагностика.

При выполнении минимума при подозрении на туберкулез в первичном звене здравоохранения микроскопическое обнаружение МБТ показало низкую значимость (4%).

Достоверно чаще распространенные процессы выявляются у неработающих мужчин. Такие фак-

торы, как жилищные условия, образование, прием алкоголя и одиночество являются факторами риска туберкулеза, но не показали свою значимость на распространенность процесса.

В первичном звене здравоохранения следует обратить внимание на группы риска – неработа-

ющих одиноких мужчин с низким социальным статусом, имеющих вредные привычки, и больных ВИЧ-инфекцией для обязательного проведения ежегодных проверочных ККФ.

Распространенность процесса имеет значение как фактор риска смерти в течение первого года.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ 5-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ЧУМАЧЕНКО Г. В.¹, БАБАЕВА И. Ю.²

FACTORS INFLUENCING ON THE PROGNOSIS OF 5 YEAR SURVIVAL IN PATIENTS WITH HIV-ASSOCIATED TUBERCULOSIS

CHUMACHENKO G. V.¹, BABAEVA I. YU.²

¹Государственное учреждение здравоохранения «Тульский областной противотуберкулезный диспансер № 1», г. Тула

²ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Краснодар

¹Tula Regional TB Dispensary no.1, Tula, RF

²Kuban State Medical University, Krasnodar, RF

Одним из показателей своевременности выявления туберкулеза, а также эффективности его лечения у больных ВИЧ-инфекцией является продолжительность жизни больного после постановки диагноза сочетанной инфекции.

Цель: выявление критериев, влияющих на продолжительность жизни больных после постановки диагноза инфекции ВИЧ-инфекция и туберкулез (ВИЧ/ТБ) на примере больных Тульской области.

Материалы и методы. Проведен анализ социальных, эпидемиологических, лабораторных и клинических характеристик у больных ВИЧ/ТБ на примере контингента Тульской области. Анализ проведен на основе личных наблюдений и изучения медицинской документации 563 больных, выявленных с 1995 по 01.01.2012 г. Для проведения сравнительного анализа все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (198 человек) – больные, чья продолжительность жизни составила более 5 лет от момента постановки диагноза ВИЧ/ТБ; 2-я группа (365 человек) – умершие от различных причин больные в срок менее 5 лет от момента постановки диагноза ВИЧ/ТБ. Различия по исследуемым признакам считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Структура группы оказалась практически идентичной по возрасту: 21-30 лет – 49,49% (98 человек) и 43,29% (158 человек) (соответственно 1-й и 2-й групп), 31-40 лет – 35,86% (71 человек) и 40,27% (147 человек), 41-50 лет – 12,12% (24 человека) и 11,51% (42 человека). Лица более молодого и старшего возрастов

встречались в единичных случаях. Не различался также половой состав групп: женщины составляли 25,25% (50 человек) и 23,56% (86 человек) соответственно, мужчины – 74,75% (148 человек) и 76,44% (279 человек). Не обнаружилось достоверных различий в группах по пути заражения ВИЧ-инфекцией: при парентеральном употреблении наркотиков произошло заражение у 66,16% (131 человек) больных 1-й группы и у 68,49% (250 человек) больных 2-й группы. Соответственно, не имела различий доля больных обеих групп, заразившихся половым путем.

При анализе структуры групп по первичности заболевания ВИЧ-инфекцией и туберкулезом установлено, что доля больных с одновременным выявлением не отличалась в обеих группах: 32,83% (65 человек) и 32,88% (120 человек) соответственно. В 1-й группе доля больных, у которых ВИЧ-инфекция выявлена более чем за год до заболевания туберкулезом, была достоверно меньше, чем во 2-й: 52,52% (104 человека) и 63,01% (230 человек); одновременно в 1-й группе было больше больных, раньше заболевших туберкулезом, чем ВИЧ-инфекцией: 14,65% (29 человек) и 4,11% (15 человек). Значительно отличались сравниваемые группы по стадиям ВИЧ-инфекции, установленным при постановке диагноза сочетанной инфекции: ранние стадии ВИЧ-инфекции (2В, 3 и 4А стадии) были установлены в 15,15% случаях (30 человек) у больных 1-й группы, и в 2,46% (9 человек) больных 2-й группы; 4Б стадия – у 59,59% (118 человек) больных 1-й группы и у 16,71%