

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.<sup>1</sup>, БАБАЕВА И. Ю.<sup>2</sup>

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

CHUMACHENKO G. V.<sup>1</sup>, BABAEVA I. YU.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Государственное учреждение здравоохранения «Тульский областной противотуберкулезный диспансер № 1», г. Тула

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Краснодар

<sup>1</sup>Tula Regional TB Dispensary no.1, Tula, RF

<sup>2</sup>Kuban 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%



(61 человек) больных 2-й группы; 4В стадия – у 25,25% (50 человек) и 80,82% (295 человек) соответственно. При плановых осмотрах туберкулез выявлен у 48,99% (97 человек) больных 1-й группы и 11,51% (42 человека) – 2-й группы, различия достоверны.

Не выявлено достоверных различий между группами по частоте вирусных гепатитов В и С: ХВГ С выявлен у 70,71% (140 человек) больных 1-й группы и у 71,23% (260 человек) больных 2-й группы; ХВГ В – у 8,08% (16 человек) и у 12,33% (45 человек) больных 1-й и 2-й групп; ХВГ В + С – у 8,08% (16 человек) и у 10,68% (39 человек) больных в группах соответственно.

Достоверно различались группы по уровню CD4-лимфоцитов, определенному при выявлении сочетанной инфекции: средний показатель ( $M \pm m$ ) составлял  $289 \pm 15$  кл./мкл у больных 1-й группы и  $188 \pm 12$  кл./мкл у больных 2-й группы. Количество CD4-лимфоцитов менее 200 кл./мкл обнаруживалось у 40,57% (71 человек) больных 1-й группы и у 67,05% (173 человека) больных 2-й группы. Выявлены достоверные различия между группами в количестве РНК ВИЧ в крови: среднее количество у больных 1-й группы ( $M \pm m$ ) составило  $387\,416 \pm 77\,191$  копий/мл, у больных 2-й группы –  $1\,023\,238 \pm 93\,708$  копий/мл.

Выявлены достоверные различия между группами по структуре клинических форм туберкулеза при постановке диагноза: диссеминированный туберкулез легких выявлен у 47,47% (94 человека) больных 1-й группы и 77,81% (284 человека) больных 2-й группы, инфильтративный туберкулез – у 24,16% (72 человека) и 14,79% (54 человека) соответственно. Первичная множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) определялась в 15,25% случаев (9 из 59 исследованных образцов мокроты) у больных 1-й группы и достоверно чаще – в 34,24% случаях (63 из 184 исследованных образцов мокроты) больных 2-й группы.

**Заключение.** Не установлено влияния на 5-летнюю выживаемость больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом возраста, пола, пути заражения ВИЧ-инфекцией и наличия сопутствующего вирусного гепатита. Факторы, влияющие на прогноз 5-летней выживаемости: стадия ВИЧ-инфекции, первичность заболевания ВИЧ-инфекцией или туберкулезом, путь выявления туберкулеза, количество CD4-лимфоцитов и РНК ВИЧ в крови, клиническая форма туберкулеза и наличие множественной лекарственной устойчивости МБТ.

---

## ТУБЕРКУЛЕЗ У МИГРАНТОВ В г. ВОРОНЕЖЕ

ЧУПИС О. Н.<sup>1</sup>, ХОРОШИЛОВА Н. Е.<sup>2</sup>, ВЕЛИКАЯ О. В.<sup>2</sup>, ЛУШНИКОВА А. В.<sup>2</sup>, ДЕЛИКОВА В. Д.<sup>1</sup>

### TUBERCULOSIS IN MIGRANTS IN VORONEZH

CHUPIS O. N.<sup>1</sup>, KHOROSHILOVA N. E.<sup>2</sup>, VELIKAYA O. V.<sup>2</sup>, LUSHNIKOVA A. V.<sup>2</sup>, LELIKOVA V. D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>КУЗ ВО «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н. С. Похвисневой», г. Воронеж

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж

<sup>1</sup>Voronezh Regional Clinical TB Dispensary named after N.S. Pokhvisneva, Voronezh, RF

<sup>2</sup>Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Voronezh, RF

---

Туберкулез остается актуальной проблемой в России. Основные причины, вызвавшие ухудшение эпидемической обстановки по туберкулезу в нашей стране: низкий социально-экономический уровень жизни большинства слоев населения, большой объем миграционных процессов, рост численности социально-дезадаптированных групп населения. Благодаря успешной реализации мероприятий по совершенствованию стратегии борьбы с туберкулезом, начатой в 2003-2005 гг., в РФ с 2008 г. отмечается положительная динамика эпидемической ситуации по туберкулезу. Снижение заболеваемости населения туберкулезом в основном связано с уменьшением числа заболевших среди постоянных жителей. В последние годы отмечается

увеличение числа выявленных больных среди лиц БОМЖ и среди мигрирующего населения. Учитывая актуальность проблемы туберкулеза у мигрантов, цель – изучение заболеваемости среди лиц этого контингента в г. Воронеже.

**Материалы и методы.** Изучены показатели заболеваемости туберкулезом, возрастная структура, половая принадлежность, клиническая характеристика впервые выявленного туберкулеза среди иностранных граждан за 2011-2014 гг. в г. Воронеже.

**Результаты.** В Воронежской области и г. Воронеже с 2008 г. отмечается значительное снижение эпидемиологических показателей по туберкулезу. Заболеваемость туберкулезом постоянного населения г. Воронежа в 2014 г. составила 19,1 на 100 тыс.