

(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 ± 15 кл./мкл у больных 1-й группы и 188 ± 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.¹, ХОРОШИЛОВА Н. Е.², ВЕЛИКАЯ О. В.², ЛУШНИКОВА А. В.², ДЕЛИКОВА В. Д.¹

TUBERCULOSIS IN MIGRANTS IN VORONEZH

CHUPIS O. N.¹, KHOROSHILOVA N. E.², VELIKAYA O. V.², LUSHNIKOVA A. V.², LELIKOVA V. D.¹

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

²ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж

¹Voronezh Regional Clinical TB Dispensary named after N.S. Pokhvisneva, Voronezh, RF

²Voronezh 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.

(2011 г. – 40,9; 2012 г. – 32,7; 2013 г. – 21,6), территориальный показатель заболеваемости в 2014 г. – 25,2 на 100 тыс. населения (2011 г. – 41,0; 2012 г. – 39,6; 2013 г. – 29,8). Проанализировали соотношение общего числа впервые выявленных больных и заболевших иностранных граждан. В 2014 г. мигранты составили 8,6% от всех зарегистрированных впервые выявленных больных туберкулезом (2011 г. – 3,4%; 2012 г. – 7,8%; 2013 г. – 14,3%). Таким образом, заболеваемость непостоянных жителей, в том числе и мигрантов, вносит значительный вклад в территориальную заболеваемость города.

С 2011 г. наметилась тенденция к снижению числа обследованных на туберкулез иностранных граждан и лиц без гражданства (2011 г. – 1 165 человек; 2012 г. – 1 109; 2013 г. – 1 025). В 2014 г. число обследованных мигрантов возросло до 1 429 за счет беженцев из Украины (212 человек).

В 2014 г. число мигрантов, обследованных при оформлении вида на жительство, составило 47,2% (2011 г. – 45,9%; 2012 г. – 64,8%; 2013 г. – 48,3%), студентов, прибывших для обучения в вузах, – 36,3% (2011 г. – 7,8%; 2012 г. – 17,8%; 2013 г. – 19,1%), при оформлении на работу – 16,4% (2011 г. – 29,1%; 2012 г. – 17,7%; 2013 г. – 30,0%).

Обращает внимание высокий процент выявляемости туберкулеза среди обследованных иностранных граждан. В 2014 г. выявлено 22 (1,5%) больных активным туберкулезом из 1 429 обследованных: 2011 г. – 14 (1,2%), 2012 г. – 31 (2,7%), 2013 г. – 43 (4,1%).

Проведен анализ впервые выявленных в 2014 г. в г. Воронеже больных туберкулезом иностранных граждан. Среди заболевших туберкулезом мигрантов большую долю составляли мужчины (19; 86,3%) молодого возраста (20-30 лет: 36,3%; 31-40 лет: 40,9%). Из числа выявленных больных

никто не работал, было 6 студентов, обучающихся в вузах г. Воронежа.

Анализ заболевших туберкулезом больных, не являющихся постоянными жителями Воронежской области, в зависимости от их постоянного жительства показал, что наибольшую долю составили представители Украины – 45,4%, жители Узбекистана – 18,1%, Туркменистана – 13,6%, Таджикистана – 9,0%, по 4,5% мигранты, прибывшие из Вьетнама, Азербайджана, Армении.

У выявленных больных были изучены клинические формы туберкулеза. Преобладал инфильтративный туберкулез – 77,3%, фиброзно-кавернозный туберкулез – 13,6%, диссеминированный туберкулез – 4,5%, первичный туберкулезный комплекс – 4,5%.

У 13 (59,0%) пациентов выявлены деструктивные процессы в легких.

Выводы.

1. Иностранные граждане оказывают неблагоприятное влияние на эпидемическую обстановку с туберкулезом в г. Воронеже, так как являются дополнительным «резервуаром» туберкулезной инфекции. Их вклад в заболеваемость в регионе составляет в разные годы от 3,4 до 14,3%.

2. В 2014 г. увеличилось число обследованных мигрантов за счет беженцев с Украины (45,4%).

3. Отмечается высокая выявляемость туберкулеза среди обследованных в г. Воронеже иностранных граждан.

4. Среди заболевших туберкулезом мигрантов большую долю составляли мужчины молодого возраста, выявленные при оформлении вида на жительство.

5. Среди клинических форм туберкулеза легких чаще преобладала инфильтративная.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМАКСОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

ШОВКУН Л. А., КАМПОС Е. Д., КОНСТАНТИНОВА А. В.

EFFICIENCY OF USING REMAXOL FOR TREATMENT OF HEPOTOTOXIC REACTIONS DURING STANDARD CHEMOTHERAPY IN INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

SHOVKUN L. A., KAMPOS E. D., KONSTANTINOVA A. V.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, RF

Цель: анализ клинической эффективности препарата ремаксол для лечения гепатотоксических побоч-

ных реакций на противотуберкулезные препараты у больных инфильтративным туберкулезом легких.