

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, применимого 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-

ствует 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., POVALYAIEVA 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).