

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о росте заболеваемости СИ в Санкт-Петербурге, что способствует сохранению высокой летальности у лиц данной категории в сравнении с показателями отдельно больных туберкулезом и ВГ. Отмечено «повзросление» лиц, имеющих более высокую летальность, и теперь она доминирует у пациентов 40–49 лет вместо 30–

39 лет. При одновременном поражении двумя вирусами гепатита В и С в сочетании с туберкулезом увеличивается риск летальных исходов. Сравнение доли ХГС и ХГВ + ХГС в 2006–2009-м и 2010–2013 гг. показало некоторое увеличение этих форм в последний период, хотя, несомненно, доминирующими в случаях СИ являются хронические гепатиты неустановленной этиологии.

## Пути повышения эффективности лечения больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции

С.В. Ситникова<sup>1</sup>, А.В. Мордык<sup>2</sup>, О.Г. Иванова<sup>2</sup>, Л.А. Нагибина<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клинический противотуберкулезный диспансер, г. Омск;

<sup>2</sup> Омская государственная медицинская академия

**Введение.** В 2013 г. Омская область вошла в число регионов с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией: величина показателя составила 112,5 случаев на 100 000 населения, увеличилось почти в 3 раза число новых случаев ВИЧ-инфекции и сочетанного с ВИЧ-инфекцией туберкулеза, количество случаев заболевания у женщин детородного возраста возросло в 1,3 раза. Поэтому, на наш взгляд, актуальным является выделение основных факторов, оказывающих влияние на исход заболевания у данной категории больных, для определения путей повышения эффективности лечения.

**Цель.** Выявление и анализ групп факторов (предикторов), оказывающих влияние на результаты основного курса химиотерапии и исход заболевания у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией для определения путей повышения эффективности лечения.

**Материалы и методы.** Исследование простое, ретроспективное, проведено на базе КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4» г. Омска. Анализировали отчетные формы № 8, 33, форму 263/у-ТБ, историй болезни 381 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, получавших лечение в противотуберкулезном стационаре с 2008 по 2013 год. Оценку результатов исследования проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0, рассчитывали показатели описательной статистики, критерий  $\chi^2$ , использовали факторный, кластерный анализ. Различия величин показателей считали достоверными при  $p < 0,05$ . Определены группы предикторов — социальные, эпидемиологические, медицинские, с выделением факторов, не относящихся к ко-инфекции и касающихся отдельно характеристик

туберкулезного процесса, ВИЧ-инфекции, с оценкой объема и составляющих химиотерапии, антиретровирусной терапии и терапии сопровождения.

**Результаты.** Комплексный статистический анализ позволил сформировать группы предикторов, определяющих низкую эффективность основного курса лечения и неблагоприятный исход заболевания. Так, социальными предикторами неблагоприятного исхода заболевания были: низкий образовательный уровень, отсутствие семьи и места жительства, отсутствие работы, мужской пол ( $F=114,1$ ;  $p=0,012$ , ранг 2). Медицинскими предикторами, не связанными с ВИЧ-инфекцией, следует считать употребление психоактивных веществ: наркотических препаратов, алкоголя, курение табака. Предикторами со стороны ВИЧ-инфекции являлись: стадия, количество  $CD4^+$ -лимфоцитов, отсутствие антиретровирусной терапии, низкая приверженность к антиретровирусной терапии ( $F=126,3$ ;  $p=0,001$ , ранг 1). Предикторы со стороны туберкулезного процесса: распространенность специфических изменений — тотальное поражение легких, генерализация процесса, бактериовыделение, МЛУ МБТ ( $F=78,2$ ;  $p=0,036$ , ранг 3). Предикторы со стороны организации терапии: лечение по 1-му и 4-му режимам, наличие нежелательных побочных реакций на противотуберкулезные препараты со стороны ЦНС и лекарственные поражения печени, отсутствие гепатопротекторов в схемах терапии сопровождения, длительные перерывы или отрывы от лечения, отказ от антиретровирусной терапии или перерывы в ее проведении ( $F=54,13$ ;  $p=0,042$ , ранг 4).

**Обсуждение и выводы.** Полученные результаты демонстрируют необходимость изменения существующей системы организации лечения больных тубер-

кулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Возможными путями оптимизации терапии данной категории пациентов могут быть: совершенствование системы организационных мероприятий по координации совместной деятельности противотуберкулезной, наркологической служб, центра СПИД, внедрение междисциплинарного подхода, обеспечение психологического сопровождения лечебного процесса,

направленного на повышение приверженности больного к выполнению врачебных рекомендаций, включение в схемы сочетанной терапии противовирусного препарата с иммуномодулирующей активностью — ферровира, разработка комплексной программы медицинской, социальной и психологической реабилитации больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией с учетом региональных особенностей.

## Противовирусная терапия и качество жизни у больных туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в туберкулезной больнице Федеральной службы исполнения наказаний

В.С. Боровицкий

Кировская государственная медицинская академия

**Введение.** Качество жизни (КЖ), зависимое от здоровья, — интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к заболеванию и возможность выполнения им привычных функций на работе и в быту.

**Цель.** Оценить влияние противовирусной терапии (АРВТ) на качество жизни больных туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в туберкулезной больнице ФСИН.

**Материалы и методы.** Для оценки КЖ использовали анкету SF-36, прошедшую полный цикл языковой адаптации. Объектом изучения стали результаты анкеты SF-36, заполненной 71 пациентом мужского пола, согласившимся на заполнение анкеты, которые страдали туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. Все исследованные больные были разделены на 2 группы. 1-я группа (n=16) — получающие АРВТ, 2-я (n=55) — без данного вида лечения. Больные находились на лечении в учреждении ФКУ ЛИУ-12 УФСИН РФ по Кировской области с 2009 по 2011 год. Нами вычислялись медиана, 25–75-й перцентили. Значение статистической значимости, учитывая неизвестный тип распределения признака, рассчитывали с помощью непараметрических критериев. Доверительная вероятность во всех расчетах принималась 0,95. При  $p < 0,05$  статистическая значимость считалась достоверной.

Средний возраст пациентов — 31,1 года (диапазон 22–42 года). У 63,4% была инфильтративная, у 16,9% — очаговая, у 9,9% — диссеминированная, у 9,8% — остальные формы туберкулеза. У 90,1% туберкулез

выявлен в местах лишения свободы, у 67,7% ВИЧ-инфекция также была выявлена в лечебных учреждениях ФСИН, 95,8% имели в качестве сопутствующего заболевания ту или иную форму хронического вирусного гепатита. Все пациенты были курильщиками и злоупотребляли крепким чаем. Ранее страдали запоями 16,9%, героиновой наркоманией — 98,6%. ВИЧ-инфекция у всех пациентов была в 4Б или в 4В стадии со средним значением CD4-лимфоцитов  $0,413 \times 10^9$  мл (от 0,01 до 0,98). У 62,0% (47/71) в мокроте обнаруживались микобактерии туберкулеза (МБТ).

**Результаты.** Наименьший вклад в снижение качества жизни суммарно в обеих группах вносили снижение физической активности — 62,6 (45–85) балла и физическая боль — 58,5 (41–74) балла. Наибольший вклад — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности — 34,9 (0–75) балла. Стоит обратить внимание, что показатели «общее восприятие здоровья», «социальная активность», «жизнеспособность», «психическое здоровье» ни у кого из исследованных пациентов не достигали 100 баллов.

Достоверно различались группы только по трем компонентам КЖ, а именно: общее восприятие здоровья и жизненная активность была ниже в 1-й группе (по критерию Ван дер Вардена), психическое здоровье также было ниже в 1-й группе по сравнению со 2-й группой (по критериям Вилкоксона, Манна–Уитни, Ван дер Вардена). Остальные показатели КЖ также оказались ниже в 1-й группе (без достоверного различия). Данный факт, скорее всего, связан с наличием побочного действия на прием АРВТ и, как следствие,