

адекватного курса противотуберкулезной терапии дало возможность перевести пациентов под наблюдение в III ГДУ, несмотря на то что лечение часто осложнялось наркозависимостью.

Структура клинических форм туберкулеза при установлении диагноза

Клиническая форма туберкулеза	Абс.	%
Инфильтративный туберкулез	187	34,2%
Диссеминированный туберкулез	198	36,3%
Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	120	21,9%
Фиброзно-кавернозный туберкулез	13	2,4%
Очаговый туберкулез	7	1,3%
Внелегочный туберкулез	21	3,9%
Итого	546	100%

Вирусные гепатиты были обнаружены у 125 (81,7%) из 153 обследуемых больных. При этом у 63 (50,4%) определено сочетание вирусов В и С, у 52 (41,6%) обнаружен вирус С, вирус гепатита В — у 5 (5,0%) больных, хронический гепатит неизвестной этиологии зарегистрирован в 4 (3,2%) случаях и только у одного (0,8%) определен острый гепатит (рис. 2).

Уровень АлАТ при поступлении в стационар у лиц, имеющих ХВГ, превышал уровень здоровых лиц ($14,9 \pm 1,0$ Ед/л) в 8 раз, и у пациентов ОГ (86) он составил $122,7 \pm 12,6$ Ед/л, в ГС (39) показатель активности достиг уровня $125,8 \pm 14,5$ Ед/л. На фоне применения ПТТ произошло увеличение уровня АлАТ почти в 2 раза. При-

менение ГПТ оказалось эффективным в обеих группах больных, но применение преднизолона наряду с ГПТ снизило показатель активности АлАТ более чем на 50% (с $162,3 \pm 42,3$ до $73,8 \pm 22,6$ Ед/л; $p < 0,05$), в ГС — только на 30% (с $181,5 \pm 61,2$ до $132,2 \pm 36,5$ Ед/л). По уровню снижения АсАТ достоверных различий между больными ОГ и ГС не получено. Тем не менее, снижение уровня АсАТ у больных ОГ на фоне преднизолона произошло почти в 2 раза, в то время как у больных ГС — только на ¼ часть.

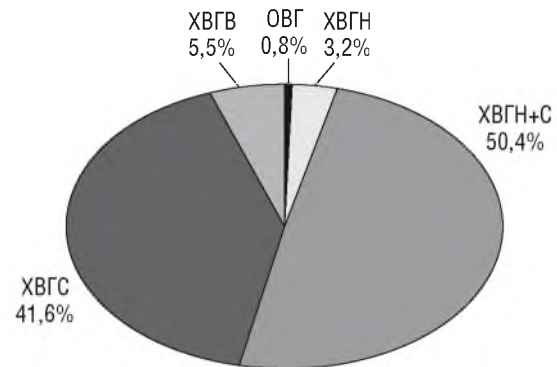


Рис. 2. Этиология вирусных гепатитов у обследованных больных

Выводы. Больные ТБ и ВИЧ-инфекцией почти в 82% поражены ВГ. На фоне ГПТ и преднизолона выявлено достоверно более выраженное снижение уровня АлАТ. Применение преднизолона у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией позволяет провести полноценный курс противотуберкулезной терапии.

Летальность больных с сочетанием туберкулеза, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции

А.К. Иванов¹, В.В. Нечаев², Л.Н. Пожидаева³, В.Ю. Назаров²

¹ Санкт-Петербургский институт фтизиопульмонологии;

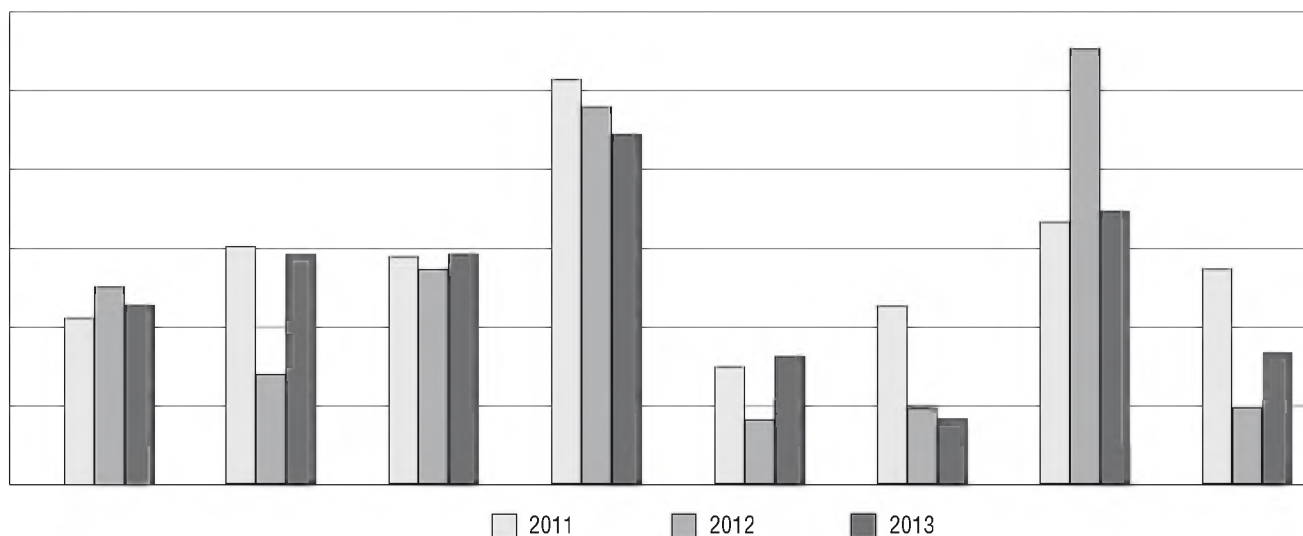
² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова;

³ Центр гигиены и эпидемиологии г. Санкт-Петербурга

Введение. Летальность — показатель, который не только характеризует частоту смертельных исходов (на 100 больных) при каком-либо заболевании, но и является важным критерием оценки эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий, поэтому он интересен клиницистам и служит ориентиром в лечебной работе.

Цель. На основании трехлетней динамики летальности в группах риска определить ее особенности при сочетании туберкулеза, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования. Использована программа «САУ-инфекция» и изучена летальность 192 лиц, страдающих туберкулезом и ХВГ, за



Летальные исходы среди лиц с различными клиническими формами туберкулеза, сочетанного с ХВГ, в СПб в 2011–2013 гг. в зависимости от выделения МБТ (%)

трехлетний период (2011–2013) в Санкт-Петербурге. Проведен анализ заболеваемости и летальности в динамике по годам в зависимости от клинических и этиологических форм вирусных гепатитов и туберкулеза.

Результаты и обсуждение. За указанный период средняя летальность среди больных сочетанной инфекцией (СИ) составила 25,0%, а среди больных туберкулезом (по данным КЗ) в Санкт-Петербурге была равна 5,7%. При этом летальность лиц с различными клиническими формами туберкулеза в сочетании с ХГ колебалась от 12,2 (инфильтративный ТБ легких) до 36,1% (диссеминированный ТБ). Анализ 192 зарегистрированных летальных исходов с СИ в 2011–2013 гг. выявил, что ВИЧ-инфекция имела место в целом у 160 умерших (83,3%), в том числе у 85,4% больных ХГС, у 86,0% больных имело место сочетание ХГВ + ХГС + ТБ и лишь у 45,4% больных хроническим гепатитом неустановленной этиологии (ХГНЭ). Этот факт представляется важным, так как при анализе общих случаев летальных исходов больных СИ установлен высокий (60,0%) уровень больных ТБ с ХГНЭ.

Анализируя случаи летальных исходов лиц с СИ, имеющих различные формы ТБ, в зависимости от выделения микобактерий выявлены особенности (см. рис.). Так, установлено обратное соотношение между показателями летальности лиц при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов и диссемини-

рованном туберкулезе. У больных инфильтративным туберкулезом уровень летальности не имел значительных колебаний в зависимости от выделения МБТ, а средний показатель летальности в течение 3 лет остался почти прежним. В то же время у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом и казеозной пневмонией, когда деструктивные изменения в легких доминируют над воспалительной инфильтрацией, получено прямое соотношение с обнаружением МБТ. Доля умерших лиц, среди страдающих ВИЧ-инфекцией и имеющих сочетание туберкулеза с хроническими вирусными гепатитами, оказалась выше 80%, поэтому факт высокой летальности больных в возрасте от 20 до 39 лет подтверждает участие ВИЧ-инфекции в этом показателе.

Выводы. Частота летальных исходов у лиц с СИ значительно выше, чем при ТБ. У пациентов ТБ с ВИЧ-инфекцией и ХВГ отмечена высокая летальность при туберкулезе ВГЛУ и диссеминированном туберкулезе, причем она выше у лиц без выделения МБТ. Низкий показатель летальности больных ТБ связан с тем, что регистрация больных СИ при наличии ВИЧ-инфекции проводится центрами ВИЧ/СПИД, а это искажает истинную картину заболеваемости, смертности и летальности от ТБ. Поэтому создание регистра для лиц с СИ под контролем эпидемиологической службы является важным организационным актом.

Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, в структуре летальности в пенитенциарных учреждениях

М.А. Козяев, А.П. Надеев

Новосибирский государственный медицинский университет

Введение. Туберкулез стал угрожающей медико-социальной проблемой. Так, в России, как и в других странах, отмечают высокие показатели заболеваемости туберкулезом (Drobniewski F. et al., 1996; Kumar H. et al., 2003). Если в 1991 г. этот показатель в Российской Федерации равнялся 34,0, то в 1995 г. — 57,0 на 100 000 человек (Хоменко А.Г., 1997). В Западно-Сибирском регионе заболеваемость туберкулезом в 1991 г. составила 42,2, в 1995 г. — 83,5, в 1999 г. — 125,5 на 100 000 населения, что выше среднероссийского показателя на 40% (Краснов В.А. и др., 1997; Кононенко В.Г., Шкурупий В.А., 2002). В настоящее время показатели, характеризующие заболеваемость и летальность при туберкулезе, изменились неоднозначно: большинство улучшилось, другие стабилизировались или ухудшились (Шилова М.В., 2010). Рост заболеваемости туберкулезом связывают с иммунодефицитами разного происхождения, в том числе с нарастающей эпидемией ВИЧ-инфекции (Корнилова З.Х. и др., 2010; Segovia-Jurez J.L. et al., 2004). Особенно высока заболеваемость и смертность от туберкулеза в сибирских регионах, где в пенитенциарных учреждениях сосредоточено большое количество больных открытыми формами туберкулеза, значительная часть которых после отбывания наказания остается жить в регионе.

Цель. Изучить структуру смертности от туберкулеза и ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях.

Материалы и методы. Анализировали структуру летальности в пенитенциарных учреждениях по результатам патологоанатомических вскрытий 1126 умерших больных в период с 2007 по 2013 год.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что смертность от туберкулеза

в пенитенциарных учреждениях в период с 2007 по 2013 г. составила в среднем 60% всех случаев летальных исходов при различных заболеваниях (см. табл.), что почти в 2 раза выше, чем в среднем по Новосибирской области. Однако количество летальных исходов, обусловленные только туберкулезом, в динамике с 2007 по 2013 г. уменьшилось в 4 раза (до 11%). Наиболее частая причина смерти — открытые легочные формы туберкулеза: фиброзно-кавернозный туберкулез и казеозная пневмония, смертность при которых достигала более 89% числа всех умерших от туберкулеза больных (фиброзно-кавернозный туберкулез — 59%, казеозная пневмония — 30%).

Число случаев сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции с 2007 по 2013 г. неуклонно возрастало (в 5 раз), составив в 2013 г. почти половину (49%) наблюдений летального исхода. Таким образом, при снижении заболеваемости туберкулезом доля ВИЧ-ассоциированного туберкулеза возрастает, что отмечено и другими исследователями (Нарышкина С.Л. и др., 2014). При этом больные, имеющие одновременно туберкулез и ВИЧ-инфекцию, относятся к наиболее сложному контингенту как среди больных ВИЧ-инфекцией, так и среди больных туберкулезом (Фролова О.П. и др., 2014).

Выводы

1. Смертность от туберкулеза в пенитенциарных учреждениях преобладает в структуре летальности. Этот показатель значительно выше, чем в среднем по Новосибирской области.
2. В структуре смертности от туберкулеза в пенитенциарных учреждениях Новосибирской области преобладали открытые деструктивные формы, что способствует увеличению риска неблагопри-

Структура летальности в пенитенциарных учреждениях

Годы	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Туберкулез	41 (44,6%)	40 (36%)	43 (36,1%)	43 (25%)	35 (20,2%)	24 (12,8%)	30 (11,1%)
Другие болезни	34 (37%)	42 (37,8%)	36 (30,2%)	39 (22,7%)	31 (17,9%)	37 (19,7%)	40 (14,8%)
ВИЧ + туберкулез	12 (13%)	22 (19,8%)	20 (16,8%)	66 (38,4%)	71 (41%)	82 (43,6%)	134 (49,4%)
ВИЧ + другие болезни	5 (5,4%)	9 (8,1%)	20 (16,8%)	24 (14%)	36 (20,1%)	45 (23,9%)	66 (24,3%)
Всего умерших	92	111	119	172	173	188	271
Туберкулез + туберкулез/ВИЧ	53 (57,6%)	62 (55,8%)	63 (52,9%)	109 (63,4%)	106 (61,3%)	106 (56,4%)	164 (60,5%)