

5. Преобладают диссеминированные формы (35,8%), инфильтративные (30,1%) и туберкулез ВГЛУ (20,0%), внелегочные поражения — у 60,0%.
6. У 20,0% больных имеется МЛУ, у 9,9% — ШЛУ.
7. При комбинированной терапии удается получить стабилизацию ВИЧ-инфекции у 90,1% больных, у 64,7% — добиться улучшения и излечения туберкулеза.

## Летальность больных с сочетанием туберкулеза и вирусных гепатитов

В.В. Нечаев<sup>1</sup>, А.К. Иванов<sup>2</sup>, Л.Н. Пожидаева<sup>3</sup>, В.Ю. Назаров<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова;

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский институт фтизиопульмонологии;

<sup>3</sup> Центр гигиены и эпидемиологии г. Санкт-Петербурга

**Введение.** Показатель летальности широко используется в эпидемиологии инфекционных заболеваний и характеризует частоту смертельных исходов при расчете на 100 больных той или иной болезнью. При многочисленных сочетанных инфекциях его применение весьма затруднено, так как не позволяет ответить на вопрос об истинных причинах, приведших к смертельному исходу, вследствие действия многих патогенетических факторов.

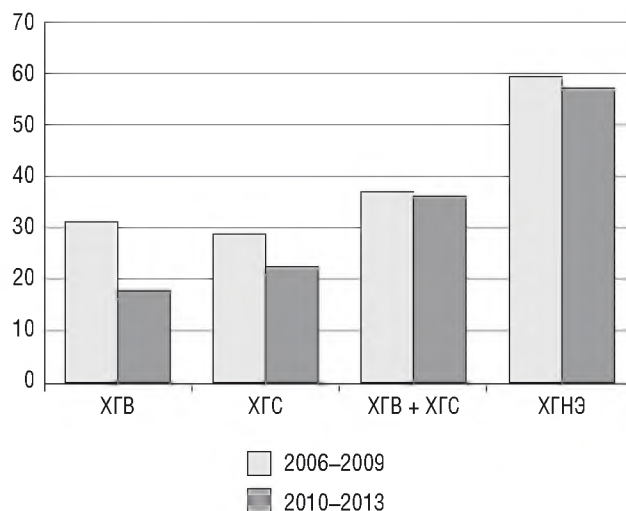
**Цель.** На основании изучения многолетней динамики летальности в группах риска оценить значимость данного показателя при сочетании вирусных гепатитов и туберкулеза.

**Материалы и методы исследования.** На основании программы «САУ-инфекция», фиксирующей сочетание инфекционных заболеваний в крупном мегаполисе, изучена летальность во всех ее проявлениях среди 1392 больных сочетанной инфекцией (СИ), зарегистрированных в Санкт-Петербурге в 2006–2013 годах.

**Результаты и обсуждение.** Среди когорты больных СИ летальность в среднем составила 28,4%. За указанный период средняя летальность от туберкулеза в Санкт-Петербурге была равна 5,7%, а от хронических вирусных гепатитов — 3,63 на 100 больных, то есть в 5 и 7,9 раза соответственно. Установлено, что заболеваемость при сочетании ТБ и ВГ в течение 8 лет увеличилась с 1,85 до 5,62 на 100 000 населения, то есть в 3 раза. При этом летальность у таких больных уменьшилась с 40,0 до 24,4%, то есть в 1,6 раза, что является отражением положительного влияния комплексного лечения. Тем не менее, при абсолютном большинстве умерших мужчин от СИ в сравнении с женщинами показатель летальности оказался выше среди женщин. Так, в 2006 г. летальность среди больных женщин с СИ была относительно выше, чем среди мужчин (41,7 против 39,3 на 100 больных), а в 2013 г. этот показатель

стал равным 33,1 и 27,1 на 100 больных, то есть коэффициент соотношения этих показателей увеличился с 1,06 до 1,2. Необходимо отметить, что летальность больных с СИ была наиболее высокой у лиц молодого и трудоспособного возраста (20–39 лет), но при сравнительном анализе летальности в 2006–2009 и 2010–2013 гг. отмечен рост этого показателя в возрастной группе 40–49 лет при снижении такового в возрасте 50 лет и старше.

Среди больных с сочетанием ТБ и ВГ сохраняется преобладание больных, имеющих одновременно ВГВ и ВГС, по сравнению с больными, страдающими только ВГС (45,3 и 28,9% в 2006 г. против 30,8 и 20,6% в 2013 г.;  $p < 0,05$ ). Тем не менее, наиболее высокая летальность оказалась у лиц с сочетанием туберкулеза и хронического гепатита неустановленной этиологии (ХГНЭ), превышающая в 2,4 раза таковые при ХГВ и ХГС (см. рис.).



Летальность (%) среди больных СИ в Санкт-Петербурге в 2006–2009 и 2010–2013 гг.

**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-