

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,

большим количеством препаратов, получаемых пациентами в течение дня (в том числе и противотуберкулезных).

**Обсуждение и выводы.** При лечении туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, роль лечащего врача хотя и имеет главное значение, но в то же время

недостаточна для коррекции пограничных психических и социальных отклонений от нормы. В лечебных учреждениях ФСИН, учитывая особый статус данных лечебных заведений, необходимо обязательное ведение пациента лечащим врачом совместно с клиническим психологом.

## Раннее выявление туберкулеза в пенитенциарных учреждениях

К.Б. Владимиров<sup>1</sup>, В.Ю. Журавлев<sup>2</sup>, Г.Ю. Марфина<sup>2</sup>, А.К. Иванов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Медико-санитарная часть № 78 ФСИН России, г. Санкт-Петербург;

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

**Введение.** Заболеваемость туберкулезом у заключенных, особенно в сочетании с ВИЧ-инфекцией, является актуальной проблемой здравоохранения во всем мире. Течение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется скоротечностью и склонностью к генерализации специфического процесса.

**Цель.** Изучение роли традиционных и ускоренных методов обследования в выявлении туберкулеза у заключенных.

**Методы.** Исследование проведено на базе больницы № 1 МСЧ-78 ФСИН России (до февраля 2011 г. — областная больница им. доктора Ф.П. Гааза). Изучены случаи выявленного активного туберкулеза, проанализированы пути выявления туберкулеза, ВИЧ-статус, результаты бактериоскопии мокроты, флюорографии (ФЛГ), исследований патологического материала больных туберкулезом путем посева на твердые и жидкие (ВАСТЕС MGIT 960) среды, методами ПЦР и ТБ-Биочип.

**Результаты исследования.** По результатам ФЛГ-обследования осужденных в 2007–2010 гг. выявлен 1091 случай заболевания туберкулезом, 1042 больных — мужчины. У 499 пациентов имело место сочетание ТБ и ВИЧ-инфекции. Большинство ВИЧ-негативных лиц (89,5%) выявлены при профилактической флюорографии, 47,9% больных ТБ/ВИЧ выявлены по обращаемости ( $p < 0,01$ ). Межфлюорографический период к моменту обращения больных ко-инфекцией за медицинской помощью составил 4,1 мес. (1,9–6,5; 25–75%). Проанализированы результаты бактериоскопии мокроты у 290 больных туберкулезом, выявленных по обращаемости. Установлено, что у 132 (56,9%) больных ТБ группы ВИЧ(+) и у 22 (37,9%) ВИЧ(-) при бактериоскопии мокроты были выявлены МБТ.

Лекарственная устойчивость МБТ (ЛУ МБТ) в посевах на твердые среды отмечена у 62,6% впервые вы-

явленных больных туберкулезом, без существенных отличий у пациентов без ВИЧ-инфекции и в группе ТБ/ВИЧ. В спектре первичной ЛУ МБТ преобладала устойчивость к стрептомицину, изониазиду и рифампицину. Встречаемость МБТ составила 44,6%. Средняя продолжительность исследований составила 76 дней. При посеве респираторного материала (мокрота, плевральный экссудат) на жидкие среды длительность исследований составила в среднем 31 день ( $p < 0,05$ ), превалентность МЛУ МБТ — 57,1%. Выполнено 328 ПЦР-исследований различного материала у 192 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции (см. табл.). Мутации, приводящие к ЛУ МБТ к рифампицину, выявлены в 49 (57,6%) случаев, к изониазиду — в 51 (60,1%) случаев. Мутации, ассоциированные с ЛУ к изониазиду и рифампицину, имели место у 42 (49,4%) больных. Длительность ПЦР исследований составила в среднем 2 сут.

### Исследование различного материала методом ПЦР

Материал	Результат исследования		Выявлена ДНК МБТ	
	ДНК МБТ не обнаружена		ДНК МБТ	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Кровь (у больных распространенными формами туберкулеза)	40	65,6	21	34,4
Ликвор	24	46,2	28	53,8
Урогенитальный материал	5	55,6	4	44,4
Биоптаты периферических лимфатических узлов и свищей	7	8,9	72	91,1
Биоптаты тканей при полостных операциях	4	21,1	15	78,9
Экссудаты серозных полостей	27	25,2	80	74,8
Итого	107	32,6	221	67,4