

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ И Г. НОВОСИБИРСКЕ

Т. А. КОЛПАКОВА^{1,2}, Е. Ю. ПУШКАРЁВА^{1,2}

¹ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск, Россия

²ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск, Россия

Представлены медико-социальные характеристики сочетанной инфекции – туберкулеза и ВИЧ-инфекции у пациентов, проживающих в Новосибирской области и г. Новосибирске. Низкая приверженность пациентов обследованию, лечению, независимо от места проживания, требует поиска путей ее повышения на междисциплинарном уровне.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, медико-социальные характеристики, приверженность

Для цитирования: Колпакова Т. А., Пушкарёва Е. Ю. Медико-социальные факторы неблагополучия больных с сочетанной инфекцией туберкулез и ВИЧ-инфекция в Новосибирской области и г. Новосибирске // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. – Т. 95, № 12. – С. 35-38. DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-12-35-38

MEDICAL AND SOCIAL UNFAVORABLE FACTORS IN THOSE WITH TB/HIV CO-INFECTION IN NOVOSIBIRSK REGION AND THE CITY OF NOVOSIBIRSK

T. A. KOLPAKOVA^{1,2}, E. YU. PUSHKARYOVA^{1,2}

¹Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, Russia

²Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

The article presents medical and social parameters of TB/HIV co-infection in the patients living in Novosibirsk Region and the city of Novosibirsk. It is necessary to find some ways to enhance the poor patients' adherence to examinations and treatment on the inter-disciplinary level.

Key words: tuberculosis, HIV-infection, medical and social parameters, adherence

For citations: Kolpakova T.A., Pushkaryova E.Yu. Medical and social unfavorable factors in those with TB/HIV co-infection in Novosibirsk Region and the city of Novosibirsk. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2017, Vol. 95, no. 12, P. 35-38. (In Russ.) DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-12-35-38

Эпидемическая обстановка по сочетанной инфекции туберкулез/ВИЧ-инфекция (ТБ/ВИЧ-и) в Сибирском федеральном округе (СФО) отражает общие тенденции по РФ [1-3]. Перешагнувшими 30%-ный рубеж по сочетанной инфекции в 2015 г. являются Кемеровская и Иркутская области, Новосибирская после них, занимая 3-е место по СФО [2, 3]. Сопоставление, изучение роли медико-социальных факторов неблагополучия ТБ/ВИЧ-и у проживающих в сельских районах Новосибирской области и г. Новосибирске ранее не проводили, что явилось основанием для планирования и проведения исследования.

Цель исследования: сравнительное изучение медико-социальных факторов неблагополучия у больных туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией, проживающих в Новосибирской области (НСО) и г. Новосибирске.

Материалы и методы

Исследование ретроспективное когортное. Проведен анализ данных (по факту заполнения) 336 карт № 263/у-ТВ персонального учета больного туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекци-

ей. Из них I группу составили 188 карт больных ТБ/ВИЧ-и (жители НСО), II группу – 148 карт пациентов ТБ/ВИЧ-и, проживающих в г. Новосибирске. Статистическую обработку результатов проводили с использованием χ^2 Фишера. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Данные анализа социальных характеристик больных ТБ/ВИЧ-и в зависимости от места жительства представлены в табл. 1. Независимо от места проживания в целом преобладали мужчины – 78,2 и 83,1% соответственно группам. Возраст пациентов не превышал 40 лет. Однако пациенты, ранее отбывавшие сроки в местах лишения свободы (МЛС) в разные периоды времени, а также с наркотической и алкогольной зависимостью составили значительную долю среди проживающих в г. Новосибирске по сравнению с больными из сельских районов ($p < 0,05$). При этом парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции был преобладающим у пациентов как I, так и II группы.

На основании данных карты № 263/у-ТВ персонального учета больного туберкулезом в сочетании

Таблица 1. Половые, возрастные и социальные характеристики больных сравниваемых групп с сочетанной инфекцией туберкулез и ВИЧ-и**Table 1.** Sex, age and social characteristics of the patients in the compared groups with TB/HIV-infection

Признаки	I группа, n = 188		II группа, n = 148		p
	абс.	%	абс.	%	
Мужчины	147	78,2	123	83,1	* p < 0,05
Женщины	41	21,8	25	16,9	
Возраст	35,0 ± 3,2		35,0 ± 3,6		
Неработающие	161	85,6**	128	86,5**	* p < 0,05 ** p < 0,05
Судимость, пребывание в МЛС	81*	43,1**	85*	57,4**	* p < 0,05
Без судимости	107	56,9**	63	42,6**	
Нарко-, алкогольная зависимость	101	53,7*	102	68,9*	* p < 0,05
Без зависимости	87	46,5	46	31,1	
Путь передачи ВИЧ-инфекции:					
парентеральный	131	69,7**	111	75,0**	** I p < 0,05 ** II p < 0,05
половой	48	25,5**	29	9,6**	
не установлен	9	4,8**	8	5,4**	

Примечание: * – достоверность результатов между группами; ** – внутри группы между мужчинами и женщинами

с ВИЧ-инфекцией была составлена социальная характеристика пациентов (мужчин и женщин) в зависимости от места жительства (сельская местность или город) – по группам.

Все мужчины-пациенты, независимо от места проживания (147 I и 123 II группы), не имели официального места работы в течение нескольких лет. У значительной части из них – 81 (55,1%) I группы и 80 (65,0%) II ($p < 0,05$) – были отмечены судимость и пребывание в МЛС. Наркологическая и алкогольная зависимость была зарегистрирована у большинства мужчин-пациентов – 94 (64%) I и у 91 (74%) II группы ($p < 0,05$). Основным путем передачи ВИЧ-инфекции был парентеральный по сравнению с другими ($p < 0,05$) – в I группе установлен у 131 (69,7%), во II – у 111 (75,0%) пациентов. Половой путь заражения в I группе был отмечен у 48 (25,5%), во II – у 29 (9,6%). У 9 (4,8%) из I группы и у 8 (5,4%) больных из II группы путь заражения не установлен.

Социальный портрет женщин с ТБ/ВИЧ-и был иным. Большинство из них были работающими. Так, официальное место работы имели 27 (65,9%) пациенток из 41 женщины I группы; неработающих, но ведущих личное хозяйство, было 14 (34,1%). Из 25 женщин-пациенток II группы, проживающих в областном центре, постоянно работающих было 20 (80,0%), 5 (20,0%) освободившихся из МЛС не работали. Больные I группы не имели судимости. Наркотическая зависимость зарегистрирована в I группе у 7 (17,0%), во II – у 11 (44,0%) пациенток ($p < 0,05$), у которых был зарегистрирован парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции. Основным путем заражения ВИЧ-инфекцией был половой – в I группе он установлен у 34 (82,9%), во II – у 13 (52,0%) пациенток ($p < 0,05$). У 1 (4%) больной из II группы путь заражения не установлен.

Таким образом, независимо от места проживания (в сельской местности или в областном центре), все пациенты-мужчины I и II групп были неработающими. Однако больные II группы, жители города, чаще имели указания в анамнезе на пребывание в МЛС, а также на наркотическую и алкогольную зависимость. Основным путем передачи ВИЧ-инфекции у них был парентеральный.

Социальный статус женщин был отягощен в меньшей мере, чем у мужчин. Большинство женщин обеих групп были работающими. Часть пациенток II группы имели судимость. В целом у женщин преобладал половой путь заражения ВИЧ-инфекцией. У больных с наркозависимостью зарегистрирован парентеральный путь заражения.

Анамнестические, клинические характеристики туберкулеза органов дыхания у больных с ТБ/ВИЧ-и представлены в табл. 2. Данные свидетельствуют о высокой частоте контакта с больными туберкулезом, при этом у пациентов обеих групп контакт с источником туберкулезной инфекции был отмечен в МЛС чаще, чем семейный и территориальный ($p < 0,05$). Туберкулез легких у жителей НСО (I группа) одинаково часто был диагностирован как при обращении в общую лечебную сеть (ОЛС), так и при флюорографическом обследовании, тогда как у проживающих в городе туберкулезное поражение легких чаще выявляли при обращении с жалобами в ОЛС ($p < 0,05$). Наиболее частой клинической формой туберкулеза у пациентов I группы была инфильтративная, реже – диссеминированная ($p < 0,05$), тогда как у больных II группы обе формы диагностировали одинаково часто. Инфильтративный туберкулез легких у больных обеих групп характеризовался распространенностью процесса – поражением 3-5 сегментов, наличием деструкций и очагов отсева. Такие формы тубер-

Таблица 2. Анамнестические данные и клинико-лабораторные характеристики туберкулеза органов дыхания у больных сравнимых групп с сочетанной инфекцией туберкулез и ВИЧ-и

Table 2. Data from case history and clinical and laboratory characteristics of respiratory tuberculosis in the patients from the compared groups with TB/HIV-infection

Признаки	I группа, n = 188		II группа, n = 148		p
	абс.	%	абс.	%	
Контакт с ТОД	107	56,9	93	62,8	** p < 0,05
МЛС	81	75,7**	85	91,4**	
Семейный	14	13,1	4	4,3	
Территориальный	12	11,2	4	4,3	
Выявление ТОД:					** p < 0,05
ФЛГ	95	50,5	48	32,4**	
ОЛС	93	49,5	100	67,6	
Формы ТОД:					* p < 0,05 ** p < 0,05
Инфильтративная	87*	46,3**	47*	31,7	
Диссеминированная	49	26,1	51	34,5	
Другие	27	14,3**	22	14,9	
Сочетание ТОД с поражением других органов	25	13,3	28	18,9	* p > 0,05
МБТ(+) методом микроскопии	99	52,7	74	50,0	* p > 0,05
МБТ (-) методом микроскопии	89	47,3	74	50,0	
Лекарственная чувствительность ПТП	Из 99 61	61,6	Из 74 44	59,5	* p > 0,05
ЛУ к ПТП	Из 99 38	38,4	Из 74 30	40,5	* p > 0,05
МЛУ к ПТП	Из 38 35	92,1	Из 30 25	83,3	* p > 0,05

Примечание: здесь и в табл. 3 * – достоверность результатов между группами; ** – достоверность результатов внутри группы

кулеза, как очаговая, туберкулема, фиброзно-кавернозная были единичными.

У части больных – 25 (13,3%) и 28 (18,9%) I и II групп соответственно – наряду с поражением легких, были диагностированы туберкулезный менингоэнцефалит – у 4 и 9, туберкулезный плеврит – у 19 и 17, туберкулез позвоночника – у 1 и 1, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 1 и 1.

В картах персонального учета больного туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией у пациентов, соответственно группам, одинаково часто было зафиксировано бактериовыделение – у 99 (52,7%) и у 74 (50%) методом микроскопии мокроты. Лекарственная устойчивость (ЛУ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП) была выявлена у 38 (39,2%) I и у 30 (40,5%) II группы. При этом МЛУ к возбудителю туберкулеза у пациентов I и II групп была зарегистрирована одинаково часто – в 92,1 и в 83,3% случаев. Из числа бактериовыделителей у большинства регистрировалась лекарственная чувствительность к ПТП – в 61,6 и 59,5% случаев по группам.

Таким образом, у больных с сочетанной инфекцией, независимо от места проживания преобладал контакт в МЛС, диагностировали распространенные формы туберкулеза органов дыхания с наличием

деструкций и бактериовыделением, при этом ЛУ возбудителя отмечена у 1/3 пациентов, тогда как у 2/3 – лекарственная чувствительность была сохранена.

У всех пациентов с сочетанной инфекцией вирус иммунодефицита человека был выявлен иммуноферментным методом и подтвержден иммуноблоттингом. При этом данные карт свидетельствовали о наличии отказов от дообследования, консультаций инфекциониста, от приема антиретровирусных препаратов (АРВП) у значительного числа больных. Данные представлены в табл. 3. Пациенты I и II групп, категорически отказавшиеся от консультации, первичного осмотра и наблюдения у инфекциониста в амбулаторных условиях – 71 (37,8%) и 75 (50,7%) соответственно – продолжали наблюдаться и получать лечение у фтизиатра по месту жительства, а при госпитализации в туберкулезный стационар были консультированы инфекционистом в среднем через $10,6 \pm 1,3$ и $15,0 \pm 0,5$ мес. после определения ВИЧ-статуса. У 117 (62,6%) больных I группы и 75 (49,3%) II группы преимущественно диагностировалась IVB стадия ВИЧ-инфекции. На первое иммунологическое обследование из этих больных, по данным инфекционистов, обратилось 85 (72,6%) и 66 (90,4%) пациентов I и II групп, у которых диагностирован выраженный иммунодефицит, средний уровень CD4 был $242,0 \pm 144,5$ и $229,4 \pm 121,6$ клетки/мкл соответственно. Из числа обследованных, с учетом показаний и мотивированности пациентов на лечение, АРВП получали лишь 37 (43,5%) и 36 (54,5%) человек соответственно. Значительная часть больных, независимо от места

Таблица 3. Клинико-лабораторная характеристика ВИЧ-инфекции пациентов сравнимых групп

Table 3. Clinical and laboratory characteristics of HIV-infection in the patients from the compared groups

Признаки	I группа, n = 188		II группа, n = 148		p
	абс.	%	абс.	%	
Отказ от первичной консультации у инфекциониста	71	37,8*	75	50,7*	* p < 0,05
Стадии ВИЧ-и	из 117 III 11 7,9 IVA 24 20,5 IVB64 54,7** IVB8 6,9		из 73 III 10 13,7 IVA 18 24,7 IVB 34 46,6** IVB 11 15,0		** p < 0,05
Первое иммунологическое исследование проведено	Из 117 85	72,6	из 73 66	90,4*	* p < 0,05
Отказ от обследования у инфекциониста	32	27,4	7	9,6	* p < 0,05
Среднее значение CD4	у 85 242,9 ± 144,5		у 66 229,4 ± 121,6		
АРВП получали	из 85 37	43,5	из 66 36	54,5	
Отказ от лечения	48	56,5	30	45,5	
Контрольное иммунологическое исследование прошли в срок	из 85 52	61,2**	из 66 30	45,5	** p < 0,05
Отказ от обследования	33	38,8**	36	54,5	
Среднее значение CD4	292 ± 185,4		296,7 ± 157,3		

проживания (сельская местность или областной центр), отказались от лечения.

Контрольное иммунологическое обследование отмечено в картах 52 (27,7%) пациентов I группы из 85, из II группы у 30 из 60 (20,2%) больных в среднем через $5,5 \pm 4,7$ и $5,2 \pm 3,4$ мес. соответственно, что значительно превышало назначенный срок обследования (1 и 3 мес.). У получавших АРВП при повторном иммунологическом обследовании отмечалось некоторое увеличение числа CD4 – $292,0 \pm 185,4$ и $296,7 \pm 157,3$ клетки/мкл.

Выводы

1. Среди пациентов с ТБ/ВИЧ-и, проживающих в сельских районах Новосибирской области или в г. Новосибирске, преобладают мужчины молодого возраста, социально дезадаптированные, часто с наличием в анамнезе контакта с больными туберкулезом в МЛС, нередко с наркотической и алкогольной зависимостью, преобладающим парентеральным путем заражения ВИЧ.

2. Социальный статус женщин, независимо от места проживания, отягощен в меньшей мере, чем у мужчин: большинство из них работающие,

с отсутствием судимости у пациенток I группы. Наркозависимость регистрировали чаще у женщин, проживающих в городе (II группа), у которых был отмечен парентеральный путь заражения ВИЧ, тогда как в целом у большинства пациенток, независимо от места жительства (сельская местность или город), отмечен половой путь передачи инфекции.

3. Выявление туберкулеза легких у больных из сельских районов Новосибирской области одинаково часто отмечено как при ФЛГ-обследовании, так и при обращении в ОЛС, тогда как у проживающих в г. Новосибирске – преимущественно при обращении с жалобами. Наиболее частыми формами туберкулеза были инфильтративная и диссеминированная.

4. Независимо от места проживания у половины пациентов обеих групп одинаково часто было отмечено бактериовыделение, ЛУ возбудителя к ПТП была зафиксирована в 40% случаев, с преобладанием МЛУ к возбудителю туберкулеза.

5. Независимо от места проживания у больных чаще диагностируется IVБ стадия ВИЧ-инфекции, характеризующаяся выраженным иммунодефицитом.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

Conflict of Interests. The authors state that they have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева И. А., Таран Д. В. Проект по сбору и изучению лучших примеров организации лечения и клинического ведения больных туберкулезом, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя и сочетанным с ВИЧ-инфекцией // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 1. – С. 1-6.
2. Нарышкина С. Л., Ревакина О. В., Алексеева Т. В. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, в Сибирском федеральном округе в 2010-201 гг. // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 5. – С. 50-54.
3. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном федеральном округе. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2016. – 92 с.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ФГБОУ ВО «НГМУ» МЗ РФ,
630040, г. Новосибирск, ул. Охотская, д. 81-А.
Тел./факс: 8 (383) 203-86-75.

Колпакова Татьяна Анатольевна

доктор медицинских наук,
заведующая клиническим сектором.

Пушкарёва Елена Юрьевна

младший научный сотрудник.
E-mail: elena.pushkareva.79@mail.ru.

REFERENCES

1. Vasilyeva I.A., Taran D.V. Project on collection and study of the best practices on treatment organization and clinical management of tuberculosis patients including those with multiple drug resistance and concurrent HIV-infection. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 1, pp. 1-6. (In Russ.)
2. Naryshkina S.L., Revyakina O.V., Alekseeva T.V. Tuberculosis with concurrent HIV-infection in Siberian Federal District in 2010-201. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 5, pp. 50-54. (In Russ.)
3. *Osnovnye pokazateli protivotuberkuleznoy deyatel'nosti v Sibirskom i Dalnevostochnom federalnykh okrugakh*. [Main indicators of tuberculosis control activities in Siberian and Far Eastern Federal Districts]. Novosibirsk, Sibmedizdat NGMU Publ., 2016, 92 p.

FOR CORRESPONDENCE:

Novosibirsk State Medical University,
81a, Okhotskaya St., Novosibirsk, 630040.
Phone/Fax: +7 (383) 203-86-75.

Tatiana A. Kolpakova

Doctor of Medical Sciences,
Head of Clinical Sector.

Elena Yu. Pushkaryova

Junior Researcher.
E-mail: elena.pushkareva.79@mail.ru.

Поступила 24.04.2017

Submitted as of 24.04.2017