

СРАВНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И БЕЗ НАЛИЧИЯ ТАКОВОЙ

Сенин А.М., Эйсмонт Н.В.

ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, Екатеринбург, Россия
ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер №2», Екатеринбург, Россия
«Туберкулезная больница им. А.Е. Рабухина», Департамент здравоохранения,
Москва, Россия

Резюме. Одним из ключевых критериев эффективности диспансерного наблюдения за пациентами фтизиатрической службы является частота регистрации рецидивов туберкулеза. В последние годы среди пациентов противотуберкулезной службы нарастает доля лиц с наличием ВИЧ-инфекции, которая не может не оказывать влияние на особенности диспансерного наблюдения за учетными пациентами. Проведено сравнение возраст спирантных и гендерных характеристик 104 пациентов с рецидивами туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией и 101 больного только с туберкулезом и найдены достоверные различия между данными группами. Кроме того, клинические формы рецидивов туберкулеза, условия и своевременность выявления рецидивов туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией значительно отличались от таковых в группе лиц только с рецидивом туберкулеза. Так, отмечена более ранняя, относительно первичного выявления туберкулеза, регистрация рецидива специфического процесса среди лиц с ВИЧ-инфекцией, более распространенные клинические формы рецидива туберкулеза у них, преимущественное выявление рецидива туберкулеза при обращении с жалобами, а так же более частые факты несвоевременно диагностирования активизации туберкулезного процесса у данной категории больных. При этом нами зарегистрировано достоверное снижение частоты рентгенологического и бактериологического обследования пациентов в группе клинически излеченного туберкулеза в сравнении с качеством обследования пациентов в активных группах фтизиатрического наблюдения среди лиц, как с ВИЧ-инфекцией, так и без нее. Мы считаем необходимым пересмотр тактики диспансерного фтизиатрического наблюдения для пациентов с сочетанной патологией, поскольку рецидивы туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией возникают более рано, имеют более распространенные клинические формы и нередко регистрируются с опозданием относительно возникновения первых симптомов активизации туберкулезного процесса.

Ключевые слова: Рецидив туберкулеза, время и условия выявления, ВИЧ-инфекция, диспансерное наблюдение.

A COMPARISON OF FEATURES AND DETECTION OF RELAPSES OF TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH HIV INFECTION AND WITHOUT ANY
Senin A., Eismont N.

Ural Scientific Research Institute of Phthisiopneology, Yekaterinburg, Russia

The affiliate TB dispensary № 2, Yekaterinburg, Russia
Rabukhin Tuberculosis Hospital, Moscow, Russia

Summary. One of the key criteria of the effectiveness of the dispensary observation of TB patients service is the frequency of the relapses of tuberculosis. In recent years, the proportion of persons with HIV increases among the TB patients, which can affect the features of dispensary observation of patients of TB-service. A comparison of the age and gender characteristics of 104 patients with relapses of TB, combined with HIV infection and 101 patient with only tuberculosis was analyzed and significant differences between these groups was found. In addition, clinical forms of recurrent tuberculosis, conditions and timely detection of relapses of tuberculosis in patients with HIV-infection were significantly different from those in the group of persons only with the relapse of tuberculosis. We found earlier regarding primary TB detection recurrence of a specific process among persons with HIV infection, the more extensive clinical forms of recurrent tuberculosis in them, a predominant detection of recurrence of tuberculosis in patients with complaints and more frequent facts of untimely of diagnosing tuberculosis in this category of patients. In this research, we registered a reliable decrease in the frequency of x-ray and bacteriological examination of the patients in the group of clinical treated tuberculosis in comparison with the quality of examination of patients in the active group surveillance of TB among persons with HIV infection as well as without it. We believe it is necessary to revise the tactics dispensary observation of TB patients with comorbidity because recurrence of tuberculosis in patients with HIV infection occur earlier, have a more extensive clinical forms and is often recorded with a delay relative to the appearance of the first symptoms of activation of tuberculosis.

Key words: recurrent tuberculosis, time and condition of detection, HIV-infection, dispensary observation.

Введение. В Российской Федерации отмечается тенденция к снижению основных эпидемиологических показателей по туберкулезу за последние годы [1,18]. В Свердловской области в последние годы так же отмечена стабилизация заболеваемости, распространенности и смертности населения от туберкулеза, хотя значения основных эпидемиологических показателей, по-прежнему, превышают Российские в 1,2-1,5 раза [13, 21]. В то же время имеется рост заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции, как в Российской Федерации, так и в Свердловской области [13,21]. Рабочей группой Глобального Фонда Россия отнесена к странам с высокой пораженностью населения ВИЧ-инфекцией. Среди контингентов больных ВИЧ-инфекцией в стране увеличивается число граждан, у которых развиваются поздние стадии ВИЧ-инфекции [2,10]. Это приводит к тому, что все у большего числа больных ВИЧ-инфекцией россиян, инфицированных микобактериями туберкулеза, на фоне иммунодефицита развивается туберкулез.

За последние 15 лет число больных с вновь выявленным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, увеличилось в Российской Федерации в десятки

раз [1,2,3]. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции течение туберкулеза приобретает нетипичные черты, оказывающие влияние на его диагностику. В литературе широко освещена информация в отношении особенностей выявления и диагностики лиц с впервые выявленным туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией [3,9,13,21]. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции при уровне CD4-лимфоцитов более 500 кл/мкл диагностика туберкулеза не представляет трудностей, хотя поражение внутригрудных лимфоузлов и развитие плеврита у лиц с сочетанной патологией отмечалось несколько чаще, чем у больных туберкулезом без наличия ВИЧ-инфекции. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции критерии диагностики туберкулеза не подходят для аналогичной диагностики у лиц без ВИЧ-инфекции, что обусловлено нетипичностью течения туберкулеза [5,8,14,15,16,20].

Так, туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией выявляется при обращении в более чем 75,0-80,0% случаев [3,11,14]. Около 25,0% больных с туберкулезом, выявленном на фоне ВИЧ-инфекции, проходили рентгенологическое обследование органов грудной клетки в последние 6 месяцев, а более половины – в течение одного года до выявления туберкулеза [5, 14, 21]. Клинически туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией сопровождается быстрым, нередко, острым развитием заболевания, наличием ярко выраженного интоксикационного синдрома с фебрильной лихорадкой, а при снижении количества CD4-лимфоцитов менее 200 кл/мкл, бессимптомное или малосимптомное течение туберкулеза не наблюдалось [6,12,18]. При лучевой диагностике отмечалась малая информативность флюорографии и обзорной рентгенографии органов грудной клетки, а так же атипичность рентгенологической картины, представленной плевральными и перикардальными выпотами, поражением нижних отделов легких, интерстициальными и диссеминированными поражениями, высокой степенью (до 80,0%) вовлечения внутригрудных лимфатических узлов, иногда только усилением легочного рисунка, так называемая субмилиарная диссеминация [4,6,7,15,19,22,23]. Необходимость проведения компьютерной томографии для верификации диагноза у лихорадящих больных с ВИЧ-инфекцией регламентирована Приказом МЗ РФ № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания» от 29.12.2014г.

У больных ВИЧ-инфекцией бактериовыделение встречалось в целом реже, чем у лиц без ВИЧ-инфекции, что так же затрудняло диагностику туберкулеза [4]. Однако некоторые авторы отмечали, что при снижении CD4-лимфоцитов от 500 кл/мкл до 200 кл/мкл, вероятность бактериовыделения у больных ВИЧ-инфекцией уменьшалась, тогда как при дальнейшем снижении CD4-лимфоцитов от 200кл/мкл и ниже, частота бактериовыделения начинала возрастать, что при редком выявлении полостей распада у таких больных, может быть объяснимо очень большой концентрацией микобактерий в легочной ткани и наличием бронхо-нодулярных свищей [4,6,21]. Кроме того, было отмечено, что на поздних стадиях ВИЧ-инфекции возрастала частота обнаружения микобактерий из других источников (моча, отделяемое свищей периферических лимфоузлов, ликвор,

плевральный выпот, что имеет значение в диагностическом поиске при дифференциальной диагностике туберкулеза [14,21].

Эффективность проведения туберкулинодиагностики пациентам с ВИЧ-инфекцией для своевременного выявления туберкулеза общепризнана и регламентирована, в частности на территории Свердловской области Приказом областного Минздрава № 514 «Об организации мероприятий по оказанию противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным в Свердловской области». Частота рецидивов туберкулеза является одним из показателей диспансерного наблюдения. Мы предположили, что подход к диагностированию рецидивов туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией отличается от такового у пациентов только с туберкулезом. Данная тема недостаточно хорошо освещена в отечественной и зарубежной литературе. Рассмотрению этого вопроса посвящена наша статья.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач нами была изучена первичная медицинская документация 205 пациентов из семи городов Свердловской области: Екатеринбург, Первоуральск, Ревда, Асбест, Верхняя Пышма, Среднеуральск и Шаля. Всем больным был установлен диагноз рецидива туберкулеза в период с 2005 по 2012 годы, из них у 104 пациентов диагностирована ВИЧ-инфекция, остальные 101 человек были без ВИЧ-инфекции. Мы сравнили условия и методы выявления рецидива туберкулеза у лиц из сравниваемых групп. У них же была проведена сравнительная оценка диспансерного наблюдения, предшествовавшая рецидиву. Исследование носило ретроспективный характер.

Для удобства изложения в работе мы использовали такие определения как «первичное выявление туберкулеза» и «первый эпизод туберкулеза» понимая под этим туберкулез, который был выявлен у пациентов впервые в жизни. Под рецидивом туберкулеза мы понимали в соответствии с Приказом МЗ РФ № 109 от 21.03.2003г «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» активизацию туберкулезного процесса у пациентов, у которых в свое время было констатировано клиническое излечение туберкулеза. Такое определение рецидива отличается от подхода к данной проблеме наших зарубежных коллег, которые рецидивом туберкулеза называют активизацию туберкулезного процесса после успешно завершеного курса лечения данной патологии. В работе использована Российская клиническая классификация туберкулеза (приказ МЗ РФ от 21 марта 2003 г. №109). Мы разделили такую клиническую форму туберкулеза легких как инфильтративный на две для уточнения распространенности процесса: а) «ограниченный инфильтративный туберкулез легких», под которым мы рассматривали распространенность туберкулезного процесса в пределах двух сегментов одного легкого без распада и осложнений, б) все остальные варианты распространенности инфильтративного туберкулеза легких мы отнесли к распространенным. Под двумя локализациями туберкулеза мы рассматривали локализацию туберкулезного процесса в двух системах органов. Поражение более чем двух систем органов рассматривался как генерализованный туберкулез. В «прочие формы туберкулеза» мы отнесли

достаточно редко встречающиеся как при первичном выявлении туберкулеза, так и при его рецидиве, фиброзно-кавернозный туберкулез легких и цирротический туберкулез легких. При туберкулезе внелегочных локализаций мы регистрировали только одну внелегочную локализацию туберкулеза. Для статистической обработки нами были использованы программы: Microsoft Excel 2010 и BIOSTATD. Значимость различий между группами оценивали по доверительным интервалам (ДИ) и непараметрическому критерию «z». Различия предполагали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. Нами найдены различия в возрастной и гендерной структуре выявленных рецидивов туберкулеза в группах больных с ВИЧ-инфекцией и без ее наличия (табл.1). Так, мужчины преобладали в обеих изученных группах, но их было достоверно больше в группе больных с ВИЧ-инфекцией в сравнении с лицами, имевшими только диагноз туберкулеза (85,6% и 69,3% соответственно, $p=0,009$). Молодые пациенты (до 40 лет) чаще имели сочетанную патологию (85,6% и 46,5% у пациентов без ВИЧ-инфекции, $p=0,001$), в то время как рецидив туберкулеза без наличия ВИЧ-инфекции чаще регистрировался среди лиц более старших возрастов (53,5% и 14,4% у пациентов с сочетанной патологией, $p=0,001$). Так же нами были найдены некоторые различия в клинических формах рецидива туберкулеза в группах больных с ВИЧ-инфекцией и без нее (табл. 1). Так ограниченное поражение инфильтративным процессом чаще регистрировалось среди пациентов без ВИЧ-инфекции, чем у больных с наличием последней (35,6% и 18,3% соответственно, $p=0,008$). Туберкулез двух (2,9%) и более (4,8%) локализации был диагностирован только в группе больных с сочетанной патологией. Бактериовыделение и деструкция легочной ткани в обеих сравниваемых группах наблюдались одинаково часто (55,8% и 50,5%, $p=0,535$ и 34,6% и 30,7%, $p=0,655$ соответственно) (табл.1). По данным литературы деструкция легочной ткани не характерна для туберкулезного процесса при наличии ВИЧ-инфекции при первичном выявлении туберкулеза [5,14].

Мы провели анализ особенностей обследования пациентов в рамках диспансерного наблюдения до возникновения рецидива туберкулеза. Весь период наблюдения за исследованными пациентами был разделен на два подпериода: от окончания последнего основного курса лечения до перевода наблюдаемых в группу клинически излеченного туберкулеза и время от перевода пациентов в III диспансерную группу до регистрации рецидива. В каждом подпериоде проанализирована частота обследования пациентов рентгенологическими и бактериологическими методами. Нормативным, в соответствии с Приказом МЗ РФ № 103 от 21.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ» является частота обследования в диспансерных группах (активных и неактивной) не реже 1 раза в 6 месяцев. Не было найдено различий между частотой рентгенологического и бактериологического обследований в сравниваемых группах лиц с сочетанной патологией и только с туберкулезом, как в активных, так и в III группах диспансерного наблюдения (табл. 2). Однако в обеих исследованных группах отмечалось достоверное снижение частоты как рентгенологического, так и бактериологического обследования после перевода

пациентов из активных диспансерных фтизиатрических групп в группу клинически излеченного туберкулеза (табл. 3, 4).

Проводимое с достаточной частотой обследование пациентов всех фтизиатрических групп способствует повышению вероятности выявления рецидивов туберкулеза при плановом обследовании, а не при обращении с жалобами, когда и клиническое состояние пациента и распространенность туберкулезного процесса будут отрицательно влиять на эффективность лечения. В то же время, среди участковых фтизиатров имеет место, мы полагаем, неосознанная установка уделять внимание преимущественно пациентам, находящимся в активных диспансерных группах и пренебрегать наблюдением за III группой диспансерного учета. Одним из возможных направлений оптимизации этого раздела работы участкового фтизиатра нам видится более длительное наблюдение пациентов с сочетанной патологией (ВИЧ-инфекция и туберкулез) в активных группах и в целом пересмотр показателей эффективности диспансерного наблюдения, в частности доли клинического излечения, с учетом ежегодно нарастающего числа больных сочетанной патологией среди контингентов противотуберкулезной службы.

Рецидив туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в отличие пациентов без наличия ВИЧ-инфекции чаще диагностировался при обращении пациентов с жалобами к фтизиатру (62,5 % и 34,7% соответственно, $p=0,001$) (табл. 5). В то же время, для пациентов без наличия ВИЧ-инфекции в сравнении с больными последней было более характерно выявление рецидива туберкулеза при плановом диспансерном обследовании (65,3 % и 37,5% соответственно, $p=0,001$) (табл. 5). Таким образом, условия выявления рецидива туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией аналогичны таковым при диагностировании впервые выявленного туберкулеза, для которого так же более характерна высокая частота выявления при обращении с жалобами. Не было найдено различий между сравниваемыми группами в отношении методов выявления рецидива туберкулеза, хотя обращает на себя внимание довольно высокий процент выявляемости в обеих группах бактериологическими методами (13,5% и 10,9%), что менее характерно для пациентов с впервые выявленным туберкулезом.

В процессе диспансерного наблюдения за пациентами с ВИЧ-инфекцией в группе клинически излеченного туберкулеза встречались случаи, когда у больного возникали либо клинические, либо рентгенологические, или бактериологические признаки активного туберкулезного процесса, которые фтизиатрами не были сразу расценены как рецидив туберкулеза. Последний подтверждался фтизиатрами только спустя 2-6 месяцев. Под бактериологическими признаками, подозрительными на рецидив туберкулеза, в соответствии с приказом МЗ РФ №109 от 2003 года, считается однократное обнаружение у контингентов III группы бактериовыделения при отсутствии клинико-рентгенологических признаков активности специфического процесса. Рентгенологические признаки, подозрительные на рецидив туберкулеза, появлялись у некоторых изученных нами пациентов с сочетанной патологией на обзорной рентгенограмме легких, но активность туберкулеза при этом ошибочно

исключалось при томографическом дообследовании и лишь после проведения очередного клинко-рентгено-томографического обследования через интервал времени от 2 до 6 месяцев подтверждалось наличие рецидива туберкулеза.

И, наконец, клиническое подозрение на рецидив туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, позже подтвержденный, выглядело как наличие у пациента клинических симптомов характерных для активного туберкулеза, при отсутствии бактериологических и рентгенологических признаков рецидива специфического процесса. При этом симптомы, появившиеся у пациентов, трактовались фтизиатрами как проявление острого респираторного вирусного заболевания. Случаев «пропущенного» рецидива туберкулеза достоверно больше было среди пациентов с ВИЧ-инфекцией, чем у лиц только с туберкулезом (21,1 % и 7,9% соответственно, $p=0,013$) (табл. 6). В таблице 7 представлена структура случаев отсроченного диагностирования рецидива туберкулеза. Достоверные различия между группами пациентов с туберкулезом и наличием ВИЧ-инфекции, а так же без нее нами были найдены только для случаев, когда рецидив был несвоевременно диагностирован при наличии клинических симптомов, первоначально интерпретированных не в пользу рецидива туберкулеза. Так, в группе больных сочетанной патологией таких пациентов было больше в сравнении с группой пациентов только с туберкулезом (12,5% и 2,0% соответственно, $p = 0,009$).

Выводы. Таким образом, в нашем исследовании показано, что у больных ВИЧ – инфекцией рецидив туберкулеза чаще происходит раньше, в то время как у пациентов без наличия ВИЧ-инфекции рецидив туберкулеза диагностируется в более старших возрастных группах. В исследованных группах (с ВИЧ – инфекцией и без нее) и с рецидивом туберкулеза преобладали мужчины, но среди больных ВИЧ-инфекцией таковых было достоверно больше. Среди клинических форм при рецидиве туберкулеза в группе пациентов с ВИЧ – инфекцией чаще регистрировались распространенные формы туберкулеза: «распространенный инфильтративный», туберкулез двух локализаций и генерализованный туберкулез.

Различий в частоте рентгенологического и бактериологического обследований обеих групп при их диспансерном наблюдении найдено не было. В то же время, после констатации клинического излечения туберкулеза частота как рентгенологического, так и бактериологического обследования в обеих группах достоверно снижались. Учитывая найденное нами преобладание выявления рецидива туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией при обращении с жалобами, а не при плановом диспансерном обследовании, а так же достоверное преобладание случаев «пропущенного» рецидива в группе больных с ВИЧ-инфекцией в сравнении с пациентами только с туберкулезом, считаем, что тактика диспансерного фтизиатрического наблюдения больных ВИЧ-инфекцией, в частности, длительность нахождения пациентов в активных диспансерных группах, критерии констатации клинического излечения, а так же объем обследования этих лиц, должны быть пересмотрены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е.М., Алексеева В.М., Агапова В.А. Влияние дополнительной социальной помощи впервые выявленным больным туберкулезом легких на экономическую эффективность противотуберкулезной химиотерапии / Здравоохранение Российской Федерации. - 2012. - № 2. - С. 21-23.
2. ВИЧ-инфекция и СПИД : национальное руководство / под ред. Акад. РАМН В.В. Покровского. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - С. 144-160.
3. Гашенко А.В. Совершенствование организации раннего выявления, диспансерного наблюдения и мониторинга туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией / Автореф. дисс...канд. мед. наук. - М., - 2010. - 24 с.
4. Ерохин В.В., Корнилова З.Х., Алексеева Л.П. Особенности выявления, клинических проявлений и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных / Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2005. - № 10. - С. 20-27.
5. Зими́на В.Н. , Васильева И.А., Батыров Ф.А. и др. Особенности течения и эффективность лечения больных туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции / Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2009. - № ...- С. 23-26.
6. Зими́на В.Н. Совершенствование диагностики и эффективность лечения туберкулеза у больных ВИЧ - инфекции при различной степени иммуносупрессии / Автореф. дисс...докт. мед. Наук. - М., - 2012. - 44 с. Зими́на В.Н., 2012).
7. Конончук О.Н., Копылова И.Ф., Сибиль К.В.. Частота и распространенность поражений легочной ткани у больных туберкулезом и ВИЧ - инфекцией (результаты рентгенологического обследования): материалы 9 съезда фтизиатров России. / Туберкулез и болезни легких. - 2011. - № 4. - С. 204-205.
8. Корнилова З.Х., Луконина И.В., Алексеева Л.П. Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией / Туберкулез и болезни легких. - 2010. - № 3. - С. 3-8.
9. Кравченко А.В., Юрин О.Г., Утехин В.А. и др. Туберкулез у больных с ВИЧ-инфекцией / Терапевтический архив. - 1996. - № 4. - С. 69-71.
10. Михайлова Л.А. Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, ее вторичным заболеваниям и работы с данным контингентом больных в 2009 году по отчетной форме ФСН № 61 // Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. - 2010. - №9. - С. 2-11
11. Морозова Т.И., Паролина Л.Е. Выявление, диагностика и профилактика туберкулеза у больных ВИЧ - инфекцией: материалы 9 съезда фтизиатров России. / Туберкулез и болезни легких. - 2011. - № 5. - С. 58-59.
12. Мусатова Н.В., Кузьмина Н.В. Особенности клинической картины и иммунологического статуса у ВИЧ - инфицированных больных диссеминированным туберкулезом: материалы 9 съезда фтизиатров России. / Туберкулез и болезни легких. - 2011. - № 5. - С. 62.
13. Нечаева О.Б., Эйсмонт Н.В. Хирургическая помощь больным туберкулезом при сочетании с ВИЧ- инфекцией / Туберкулез и болезни легких. - 2012. - № 3. - С. 24-30.

14. Пантелеев А.М. Патогенез, клиника, диагностика и лечение туберкулеза у больных ВИЧ - инфекцией / Дисс...докт. мед. наук. - СПб., - 2012. - 236 с.
15. Фролова О.П. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией: клинико-морфологические и эпидемиологические аспекты / Проблемы туберкулеза. - 2002. - № 6. - С. 30-33.
16. Фролова О.П., Рахманова А.Г., Приймак А.А. и др. Особенности течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и меры его профилактики / Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 1999. - № 1.- С. 67-69.
17. Фтизиатрия : национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2007. - С. 359-368.
17. Хаертынова И.М. , Валиев Р.Ш., Цибулькин А.П. и др. Клинико-иммунологические особенности ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом / Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2009. - № 6. - С.41-46.
18. Цыбикова Э.Б. Эпидемиологические индикаторы туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией / Электронный научный журнал " Социальные аспекты здоровья населения". 2012. № 5. - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/438/30/lang,ru>. Дата обращения 29.01.2013.
19. Шахгильдян В.И., Васильева Т.Е. , Перегудова А.Б. и др. Спектр, особенности клинического течения, диагностика оппортунистических и сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных инфекционного стационара Москвы /Терапевтический архив. -2008.- №11.- С
20. Щелканова А.И., Кравченко А.В. Особенности течения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией /Терапевтический архив. - 2004. - № 4. - С. 20-24.
21. Эйсмонт Н.В. Научное обоснование и разработка системы организации противотуберкулезной помощи больным с ВИЧ - инфекции в Российской Федерации / Автореф. дисс...докт. мед. Наук. - М., - 2013. - 47 с.
22. Sharma S.K., Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis // Indian J. Med. Res. - 2004.- Vol.120.-P.316-353.
23. Yeh J. J., Chen S.C., Teng W.B. et al. Identifying the most infectious lesions in pulmonary tuberculosis by high-resolution multidetector computed tomography. /EurRadiol. - 2010. - Vol.20. - P. 2135–2145.

Таблица 1

Социальная и клиническая характеристика изученных больных

Характеристики групп изученных больных		Больные с туберкулезом в сочетании с ВИЧ - инфекцией		Больные туберкулезом без ВИЧ - инфекции		«Z»	«p»
		Абс.	Доля и ее 95% ДИ	Абс.	Доля и ее 95% ДИ		
ВСЕГО:		104	100,0	101	100,0		
Пол	Мужской	89	85,6 (80,7-113,3)	70	69,3 (41,6-74,2)	2,630	0,009
	Женский	15	14,4 (13,3-19,3)	31	30,7 (25,8-53,4)	2,630	0,009
Возраст	18-39	89	85,6 (59,4-137,6)	47	46,5 (35,5-62,7)	5,775	0,001
	40 и старше	15	14,4 (7,6-18,6)	54	53,5 (37,1-65,3)	5,775	0,001
Клинические формы рецидива туберкулеза	Очаговый	4	3,8(2,7-5,1)	8	7,9 (5,6-8,4)	0,955	0,339
	Инфильтративный ограниченный ¹	19	18,3(11,1-23,5)	36	35,6(30,4-45,0)	2,637	0,008
	Инфильтративный распространенный ²	51	49,0 (44,8-59,0)	40	39,6(36,6-43,8)	1,214	0,225
	Диссеминированный	7	6,7 (3,2-8,6)	4	4,0 (2,9-6,5)	0,548	0,584
	Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	8	7,7(5,2-9,8)	8	7,9 (6,8-13,4)	-0,207	0,836
	Прочие формы туберкулеза органов дыхания	4	3,8 (2,0-5,2)	2	2,0(1,4-2,8)	0,351	0,726
	Туберкулез внелегочных локализаций	3	2,9(1,8-3,4)	3	3,0(1,5-4,7)	-0,371	0,711

Характеристики групп изученных больных		Больные с туберкулезом в сочетании с ВИЧ - инфекцией		Больные туберкулезом без ВИЧ - инфекции		«Z»	«р»
		Абс.	Доля и ее 95% ДИ	Абс.	Доля и ее 95% ДИ		
ВСЕГО:		104	100,0	101	100,0		
	2 локализации туберкулеза	3	2,9(1,8-3,4)	-	-	-	-
	Генерализованный туберкулез	5	4,8(4,1-6,2)	-	-	-	-
Наличие распада легочной ткани на момент первичного выявления туберкулеза		36	34,6(25,7-41,3)	31	30,7(24,0-39,6)	0,446	0,655
Наличие бактериовыделения на момент первичного выявления туберкулеза		58	55,8(47,4-64,8)	51	50,5(41,5-58,9)	0,620	0,535

Таблица 2

Частота обследования (рентгенологического и бактериологического) у пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции и без нее в активных и III диспансерной фтизиатрических группах

Характеристики групп изученных больных		Больные с туберкулезом в сочетании с ВИЧ - инфекцией		Больные туберкулезом без ВИЧ - инфекции		Непараметрический критерий «Z»	уровень статистической значимости, «p»
		Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ	Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ		
ВСЕГО:		104	100,0	101	100,0		
Частота рентгенологического обследования активных группах ДУ после окончания ОКЛ	Чаще и 1 раз в 6 месяцев	54	51,2 (34,2 – 61,6)	55	54,5(64,9 – 71,5)	0,333	0,739
	Реже 1 раза в 6 месяцев и не было	50	48,8(38,4 – 65,8)	46	45,5(28,5 – 55,9)	0,333	0,739
Частота рентгенологического обследования в III ГДУ	Чаще и 1 раз в 6 месяцев	23	22,1 (8,9 – 31,9)	24	23,8(14,0 – 37,0)	0,123	0,902
	Реже 1 раза в 6 месяцев и не было	81	77,9(68,1 – 91,1)	77	76,2(63,0 – 89,0)	0,123	0,902
Бактериологическое обследование в активных группах	Чаще и 1 раз в 6 месяцев	35	33,7(13,6-40,0)	41	40,6(34,3-60,7)	0,878	0,380
	Реже 1 раза в 6 месяцев и не было	69	66,3(60,0 – 86,4)	60	59,4(39,3 – 65,7)	0,878	0,380

Характеристики групп изученных больных		Больные с туберкулезом в сочетании с ВИЧ - инфекцией		Больные туберкулезом без ВИЧ - инфекции		Непараметрический критерий «Z»	уровень статистической значимости, «р»
		Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ	Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ		
ВСЕГО:		104	100,0	101	100,0		
после ОКЛ							
Бактериологическое обследование в III ГДУ	Чаще и 1 раз в 6 месяцев	14	13,5(1,5-20,9)	16	15,8(8,4-28,8)	0,268	0,789
	Реже 1 раза в 6 месяцев и не было	90	86,5(79,1 – 98,5)	85	84,2(72,2 – 91,6)	0,268	0,789

Таблица 3

Частота обследования (рентгенологического и бактериологического) в активных и III группах диспансерного наблюдения больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ – инфекции

Характеристики групп изученных больных		Активные группы диспансерного наблюдения		III группа диспансерного наблюдения		Непараметрический критерий «Z»	уровень статистической значимости, «p»
		Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ	Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ		
ВСЕГО:		104	100,0	104	100,0		
Частота рентгенологического обследования	Чаще и 1 раз в 6 месяцев	54	51,9(35,2-94,8)	23	22,1(-20,8 – 38,8)	4,307	0,001
	Реже 1 раза в 6 месяцев и не было	50	48,1(5,2 – 64,8)	81	77,9(61,2 – 120,8)	4,307	0,001
Частота бактериологического обследования	Чаще и 1 раз в 6 месяцев	35	33,7(25,0 – 65,4)	14	13,5(-18,2 – 22,2)	3,267	0,001
	Реже 1 раза в 6 месяцев и не было	69	66,3(34,6 -75,0)	90	86,5(77,8 – 118,2)	3,267	0,001

Таблица 4

Частота обследования (рентгенологического и бактериологического) в активных и III группах диспансерного наблюдения больных туберкулезом без ВИЧ – инфекции

Характеристики групп изученных больных		Активные группы диспансерного наблюдения		III группа диспансерного наблюдения		Непараметрический критерий критерий «Z»	уровень статистической значимости, «р»
		Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ	Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ		
ВСЕГО:		101	100,0	101	100,0		
Частота рентгенологического обследования	Чаще и 1 раз в 6 месяцев	55	54,5(37,3 – 98,7)	24	23,8(-20,4 – 41,0)	4,326	0,001
	Реже 1 раза в 6 месяцев и не было	46	45,5(1,3 – 62,7)	77	76,2(59,0 – 120,4)	4,326	0,001
Частота бактериологического обследования	Чаще и 1 раз в 6 месяцев	41	40,6(28,2 – 77,8)	16	15,8(-21,2 – 28,4)	3,760	0,001
	Реже 1 раза в 6 месяцев и не было	60	59,4(22,4 – 72,0)	85	84,2(71,6 – 121,2)	3,760	0,001

Таблица 5

Обстоятельства и метод выявления рецидива у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и без нее

Характеристики групп изученных больных		Пациенты с туберкулезом в сочетании с ВИЧ - инфекцией		Пациенты с туберкулезом без наличия ВИЧ - инфекции		непараметрический критерий «Z»	уровень статистической значимости «p»
		Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ	Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ		
ВСЕГО:		104	100,0	101	100,0		
Обстоятельства выявления рецидива туберкулеза	При профилактическом обследовании	39	37,5 (4,0 – 51,6)	66	65,3(51,2 – 106,8)	3,841	0,001
	При обращении	65	62,5(48,4 – 104,0)	35	34,7(-6,8 – 48,8)	3,841	0,001
Метод выявления рецидива туберкулеза	Флюорографически	7	6,7 (- 7,6 – 8,6)	13	12,9 (11,0 – 27,2)	1,260	0,208
	Рентгенологически	77	74,0 (63,6 – 87,8)	73	72,3(58,5 – 82,7)	0,117	0,907
	Компьютерная томография	4	3,8 (- 0,4 – 9,6)	3	3,0(-2,8 – 7,2)	-0,069	0,945
	Бактериологический	14	13,5 (7,1 – 25,1)	11	10,9(-0,7 - 22,5)	0,355	0,723
	Гистологический	2	1,9 (- 0,3 – 6,1)	1	0,9 (- 3,3 -3,1)	0,015	0,988

Таблица 6

Случаи отсроченного диагностирования рецидивов туберкулеза

Своевременность диагностирования рецидива туберкулеза	Больные туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией		Больные туберкулезом		Непараметрический критерий «Z»	уровень статистической значимости «p»
	Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ	Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ		
ВСЕГО:	104	100,0	101	100,0		
Отсроченно	22	21,1 (17,5 – 44,0)	8	7,9 (-15,0 – 11,4)	2,478	0,013
Своевременно	82	78,8 (55,8 – 82,4)	93	92,1 (88,5 – 115,1)	2,495	0,013

Таблица 7

Структура случаев отсроченного диагностирования рецидивов туберкулеза

Метод отсроченного выявления рецидива туберкулеза	Пациенты с сочетанием туберкулеза и ВИЧ - инфекции		Пациенты с туберкулезом без наличия ВИЧ -инфекции		непараметрический критерий «Z»	уровень статистической значимости, «р»
	Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ	Абс.ч.	Доля и ее 95% ДИ		
ВСЕГО:	104	100,0	101	100,0		
Клинический	13	12,5 (9,1 – 30,1)	2	2,0 (-15,6 – 5,4)	2,616	0,009
Рентгенологический	6	5,8 (1,7 – 13,5)	4	4,0(-3,7 – 8,1)	0,273	0,785
Бактериологический	3	2,9 (- 0,4 – 8,0)	2	2,0 (- 3,1 – 5,3)	-0,035	0,972
Своевременная диагностика рецидива	82	78,8 (55,8 – 82,4)	93	92,1 (87,6 – 115,1)	2,495	0,013

Ответственный за переписку: Сенин Андрей Михайлович, Тел: 8-912-247-71-07, e-mail: asenin107@gmail.com