

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НОВОСИБИРСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ТУБЕРКУЛЕЗА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Пушкарева Елена Юрьевна

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ,
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ,
СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

3.1.26. Фтизиатрия

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Колпакова Татьяна Анатольевна

Новосибирск – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.	14
1.1 Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в мире, России на современном этапе.	14
1.2 Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.	17
1.3 Эпидемиологическая характеристика сочетанной инфекции – ТБ и ВИЧ в мире, России, Федеральных округах.	18
1.4 Эпидемиологическая проблема двух эпидемий: ЛУ ТБ и ВИЧ-инфекции.	19
1.5 Неблагоприятные факторы риска и их роль в развитии туберкулеза.	21
1.5.1 Место социальных и медицинских факторов риска в развитии туберкулёза.	22
1.6 Социальные предикторы ВИЧ-инфекции.	26
1.6.1 Факторы риска развития сочетанной инфекции – туберкулез и ВИЧ-инфекции.	27
1.6.2 Эффективность лечения больных туберкулезом и в сочетании – ТБ/ВИЧ.	29
1.6.3 ВИЧ-инфекция, как фактор неэффективного лечения больных МЛУ ТБ с сочетанной инфекцией.	31
1.7 Приверженность, как основной фактор эффективности лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции.	33
1.8 Психоэмоциональные особенности пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе ТБ/ВИЧ.	37
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.	44
2.1 Организация исследования.	44
2.2 Эпидемиологические методы исследования.	47
2.3 Клинические методы обследования.	49
2.4 Лабораторные, инструментальные методы обследования.	50

2.5 Методы лечения.	53
2.6 Анкетирование пациентов.	54
2.7 Критерии включения и исключения.	63
2.8 Статистическая обработка результатов.	64
ГЛАВА 3 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПО СИБИРСКОМУ ФЕДЕРАЛЬНОМУ ОКРУГУ, НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ И ГОРОДУ НОВОСИБИРСКУ.	66
3.1 Анализ доли больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 2010–2018 гг. в Сибирском федеральном округе.	66
3.2 Заболеваемость туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 2014–2018 гг. среди взрослого населения Новосибирской области.	71
3.3 Заболеваемость туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией среди взрослого населения в 2010–2018 гг. в г. Новосибирске.	74
ГЛАВА 4 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТБ/ВИЧ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ И Г. НОВОСИБИРСКУ В 2014 Г. В СРАВНЕНИИ С 2018 Г. НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.	79
ГЛАВА 5 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП ПАЦИЕНТОВ С МЛУ ТБ/ВИЧ И МЛУ/ТБ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ.	89
5.1 Исследование особенностей социального статуса пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ.	89
5.2 Исследование особенностей медицинского статуса пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ.	91
ГЛАВА 6 ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С МЛУ ТБ/ВИЧ И МЛУ ТБ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕСТОВЫХ МЕТОДИК ЛОБИ, SF-36 И HADS.	99
6.1 Исследование психоэмоционального статуса пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ с использованием клинической тестовой методики ЛОБИ.	99
6.2 Исследование уровня тревоги и депрессии у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ с использованием опросника HADS.	108

6.3 Исследование уровня качества жизни у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ с использованием опросника SF-36.	112
6.4 Клинические примеры применения анкетирования по опросникам ЛОБИ, HADS, SF-36 у пациентов МЛУ ТБ/ВИЧ в условиях стационара при поступлении и в динамике.	117
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.	131
ВЫВОДЫ.	144
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.	146
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.	148
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.	150
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.	185
ПРИЛОЖЕНИЕ А (справочное) ЛОБИ – Личностный Опросник Бехтеревского Института.	189
ПРИЛОЖЕНИЕ Б (справочное) Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).	195
ПРИЛОЖЕНИЕ В (справочное) Опросник S F - 3 6).	199
ПРИЛОЖЕНИЕ Г (справочное) Алгоритм междисциплинарного взаимодействия врачей на разных этапах наблюдения пациентов с ТБ/ВИЧ.	203
ПРИЛОЖЕНИЕ Д (справочное) Алгоритм индивидуальной программы действия врачей при выявлении разных психотипов у больных МЛУ ТБ/ВИЧ.	205

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность избранной темы

Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией является одной из основных проблем здравоохранения в мире. ВИЧ-инфекция оказывает влияние на напряженность эпидемического туберкулезного процесса, как в России, так и за рубежом [18, 38, 144, 195]. По оценкам Нечаевой О. Б., в 2018 году в России заболеваемость туберкулезом (ТБ) среди больных с ВИЧ-инфекцией превышала таковую среди ВИЧ-негативных в 58,6 раз по сравнению с 2010 г. Особую проблему представляет ТБ с лекарственной устойчивостью (ЛУ) возбудителя у лиц с ВИЧ-положительным статусом [85, 158, 184]. В России в 2017 году доля впервые выявленного МЛУ ТБ у пациентов с ВИЧ-инфекцией составила 19 %, худшим был показатель в СФО – 26 % [143]. При этом отмечен высокий риск неэффективного лечения больных с МЛУ ТБ/ВИЧ [72, 130, 171], на эффективность которого влияет наличие неблагоприятных социальных факторов [141], низкая приверженность пациентов к приему ПТП – прерывание, отрыв от терапии [17, 226]. По оценкам ряда авторов преждевременно выписываются из стационара более 50 % пациентов, рассматривая лечение не целесообразным [3, 139, 286], имея сомнения в возможности излечения от ТБ [53, 285].

На мотивацию к обследованию, лечению оказывают влияние личностные особенности больных ТБ/ВИЧ [101], проявляющиеся эмоциональными расстройствами – депрессивными, тревожными реакциям разной степени выраженности, которые замедляют процессы адаптации больного к заболеванию, лечению и требуют индивидуального подхода, нередко совместно с психологом [12, 65].

Таким образом, многообразие проблемы МЛУ ТБ/ВИЧ в конкретных территориальных, эпидемиологических условиях с учетом медико-социальных и индивидуальных психологических особенностей пациентов определяет актуальность настоящего исследования.

Степень разработанности темы диссертации

По данным ряда авторов, заболеваемость ТБ/ВИЧ в РФ имеет тенденцию к росту [84, 142, 143]. Нечаева О. Б. отмечает увеличение заболеваемости и распространенности коинфекции в 1,6–1,7 раза с 2010 г. по 2018 г. [84]. Социальные проблемы больных ТБ/ВИЧ вызывают озабоченность всего медицинского сообщества в отношении приверженности к лечению. Основанием для проведения диссертационного исследования послужил рост заболеваемости и доли впервые выявленных больных ТБ/ВИЧ в СФО на примере НСО, а также отсутствие мотивации у большинства пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ к обследованию и лечению на амбулаторном и стационарном этапах. Всё вышеперечисленное делает необходимым разработку тактики индивидуального подхода к оценке риска низкой приверженности к обследованию и лечению у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ с учетом прогнозирования течения заболевания, психоэмоциональных особенностей личности, уровня социальной адаптации с помощью различных тестовых методик в условиях стационара. В работах зарубежных и российских исследователей наиболее часто используются анкеты ЛОБИ, HADS, SF-36 [13, 47, 49, 118, 150, 157, 173, 243, 273].

Таким образом, проблема эпидемиологического неблагополучия ТБ/ВИЧ, особенностей неблагоприятного медико-социального статуса пациентов и их личностных характеристик, низкого уровня приверженности к обследованию и лечению актуальна и требует мультидисциплинарного, индивидуального подхода к пациентам МЛУ ТБ/ВИЧ, что определило необходимость настоящего исследования. Ранее систематические исследования эпидемиологических, медико-социальных, психоэмоциональных особенностей у больных МЛУ ТБ/ВИЧ в НСО, г. Новосибирске не проводились.

Цель исследования

Определить эпидемиологические особенности сочетанной инфекции – ТБ/ВИЧ в регионах Сибирского федерального округа на примере Новосибирской области, разработать тактику индивидуального подхода к повышению

приверженности больных МЛУ ТБ/ВИЧ к лечению на основе раннего определения их психоэмоционального статуса и взаимодействия фтизиатрической, инфекционной и психологической служб.

Задачи исследования

1. Изучить эпидемиологические особенности сочетанной инфекции – ТБ/ВИЧ в различных регионах Сибирского федерального округа, в сельских и городских районах Новосибирской области.
2. Определить основные предикторы низкой приверженности пациентов к выявлению как ВИЧ-инфекции, так и туберкулеза на амбулаторном этапе в сельских и городских районах Новосибирской области.
3. Определить факторы, влияющие на приверженность к лечению и его эффективность в условиях противотуберкулезного стационара больных МЛУ ТБ/ВИЧ.
4. Изучить личностные, психоэмоциональные особенности пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ, с использованием опросников – ЛОБИ, HADS, SF-36 с целью определения критериев приверженности к лечению на стационарном этапе.
5. Разработать тактику индивидуального подхода к раннему выявлению ТБ и ВИЧ-инфекции, контролируемого наблюдения и лечения при взаимодействии фтизиатрической, инфекционной, психологической служб с учетом медико-социального, психоэмоционального статуса больных МЛУ ТБ/ВИЧ.

Объект исследования

На I – эпидемиологическом этапе данные отчётов формы № 33; на II амбулаторном этапе – данные карт ВВ больных с ТБ/ВИЧ; на III – стационарном этапе больные с МЛУ ТБ/ВИЧ (основная группа) и МЛУ ТБ (контрольная).

Научная новизна

1. Впервые проведен сравнительный анализ доли больных с впервые выявленной ТБ/ВИЧ-инфекцией в СФО с 2010–2018 гг., а также изучены заболеваемость и доля больных ТБ/ВИЧ в сельских и городских районах Новосибирской области с 2014 по 2018 гг.
2. Впервые выявлены особенности неблагоприятных медико-социальных характеристик больных ТБ/ВИЧ с низкой мотивацией к обследованию в амбулаторных условиях в сельских и городских районах НСО.
3. Впервые определены у больных с МЛУ ТБ/ВИЧ факторы, влияющие на приверженность к лечению и его эффективность в условиях противотуберкулезного стационара.
4. Впервые выявлены в динамике у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ психоэмоциональные особенности в условиях стационара, определена их приверженность к лечению с использованием опросников – ЛОБИ, HADS, SF-36.
5. Впервые разработана тактика индивидуального подхода к повышению приверженности больных к лечению на основе раннего определения психоэмоционального статуса в условиях взаимодействия фтизиатрической, инфекционной и психологической служб.

Теоретическая и практическая значимость работы

Анализ эпидемиологических показателей с 2010–2018 гг. – доли больных с ТБ/ВИЧ в Сибирском федеральном округе, заболеваемости и доли больных ТБ/ВИЧ в сельских и городских районах Новосибирской области с 2014 по 2018 гг., выявил их ежегодный рост, что свидетельствует о неблагоприятных тенденциях в эпидемическом процессе.

Изучение медико-социальных особенностей больных ТБ/ВИЧ, независимо от места проживания, выявило социальное неблагополучие, низкую приверженность к обследованию и лечению, которые явились предикторами позднего выявления, как туберкулеза, так и ВИЧ-инфекции на амбулаторном

этапе, что делает необходимым взаимодействие между фтизиатрами и инфекционистами для оптимально своевременной диагностики заболеваний.

Использование в условиях стационара взаимодополняющих анкет ЛОБИ, HADS, SF-36 в динамике, позволило выявить индивидуальные психоэмоциональные особенности пациентов МЛУ ТБ/ВИЧ, определяющие приверженность к лечению и необходимость участия в лечебном процессе психолога.

Разработанная тактика индивидуального подхода к повышению приверженности больных МЛУ ТБ/ВИЧ заключается в необходимости взаимодействия фтизиатрической, инфекционной и психологической служб, направленное на активный контроль за обследованием, наблюдением этих пациентов с целью достижения высокой эффективности лечения. Результаты исследования могут быть использованы в учебном процессе ВУЗов на циклах профессиональной переподготовки врачей фтизиатров, инфекционистов, психологов, врачей общей практики и ординаторов.

Методология и методы диссертационного исследования

Для решения поставленных задач выполнено: когортное ретроспективное исследование для определения доли пациентов ТБ/ВИЧ в СФО, а так же показателя заболеваемости и доли впервые выявленных больных ТБ/ВИЧ в сельских и городских районах Новосибирской области. В результате исследования было выявлено ежегодное увеличение эпидемиологического неблагополучия по заболеваемости СФО, а также заболеваемости и доли больных с впервые выявленной ТБ/ВИЧ-инфекцией в районах НСО и г. Новосибирске, что послужило предпосылкой для изучения медико-социальных и психоэмоциональных особенностей этой категории пациентов. С этой целью проведено когортное, ретроспективное и проспективное исследование медико-социальных и психоэмоциональных особенностей больных МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ. В результате исследования разработана тактика индивидуального

подхода к повышению приверженности больных к лечению на основе раннего определения психоэмоционального статуса.

Положения, выносимые на защиту

1. Ежегодный рост доли впервые выявленных больных ТБ/ВИЧ в СФО, заболеваемости и доли ТБ/ВИЧ в сельских и городских районах Новосибирской области свидетельствуют о неблагоприятной эпидемиологической обстановке в регионе по сочетанной инфекции.

2. Низкая приверженность к обследованию, позднее выявление, как ТБ, так и ВИЧ-инфекции на амбулаторном этапе, обусловлена особенностями медико-социального статуса пациентов с ТБ/ВИЧ-инфекцией и требует активного совместного, междисциплинарного фтизиатрического и инфекционного контроля.

3. Эффективность лечения больных с МЛУ ТБ/ВИЧ в условиях стационара обусловлена низкой приверженностью к приему ПТП, малыми сроками пребывания в стационаре, медико-социальными особенностями пациентов.

4. Низкая приверженность к лечению в условиях стационара обусловлена личностными психоэмоциональными особенностями больных с МЛУ ТБ/ВИЧ, выявленных с использованием опросников ЛОБИ, HADS, SF-36 и требует индивидуального подхода при активном взаимодействии фтизиатрической и психологической служб.

Степень достоверности

Степень достоверности результатов работы основана на изучении фактического архивного материала и официальных документов (данные отчетов формы № 33, карт № 263/у-ТБ персонального учета впервые выявленных больных туберкулёзом в сочетании с ВИЧ-инфекцией), определена достаточным объемом репрезентативной выборки больных на амбулаторном и на стационарном этапах (медицинская карта стационарного больного, анкеты ЛОБИ, HADS, SF-36). В работе использованы статистические методы, адекватные поставленным целям и

задачам исследования. Из анализа полученных результатов сформированы логические выводы.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: 4-й ежегодной Научной конференции молодых ученых ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России, посвященной Дню Российской науки (Новосибирск, 2016); Научно-практической конференции с международным участием «Туберкулез: инновационные решения – от идеи до практики», посвященной памяти основателя Сибирской школы фтизиатров, члена-корреспондента РАМН И. Г. Урсова (Новосибирск, 2017); 6-й ежегодной Научной конференции с международным участием, организованной Новосибирским НИИ туберкулеза Минздрава России и посвященной Дню Российской науки (Новосибирск, 2018); Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции» (Санкт-Петербург, 2019); 4-й Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции «Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания» (Сочи, 2019); областной конференции фтизиатров «Актуальные вопросы фтизиатрической службы Новосибирской области». (Новосибирск, 2019); 8-й ежегодной Научной конференции с международным участием, организованной ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России и посвященной Дню Российской науки (Новосибирск, 2020).

Диссертационная работа апробирована на заседании Ученого совета ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России и заседании проблемной комиссии «Актуальные проблемы диагностики и терапии инфекционных заболеваний» ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Новосибирск, 2021).

Диссертация выполнена в соответствии с утвержденным направлением научно-исследовательской работы ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России по теме: «Разработка новых

высокотехнологических методов диагностики, прогноза, этиологического и патогенетического лечения активной и латентной туберкулезной инфекции методами молекулярной биологии, направленной доставки противотуберкулезных препаратов, поиска и воздействия на новые молекулярно-клеточные мишени микро- и макроорганизма, регуляции локального и системного иммуно-воспалительного ответа», номер государственной регистрации 121041500043-5 и в соответствии с планом научно-исследовательской работы ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России по теме: «Клинико-морфологические и молекулярно-биологические основы диагностики и лечения заболеваний внутренних органов и коморбидных состояний у детей и взрослых», номер государственной регистрации АААА-А15-115120910171-1.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры фтизиопульмонологии и кафедры туберкулёза ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 25», ГБУЗ НСО «Государственная областная Новосибирская клиническая туберкулезная больница».

Публикации

По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 1 свидетельство на программу для электронных вычислительных машин и 3 статьи в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, из них 3 статьи в журналах, входящих в международную реферативную базу данных и систем цитирования (Scopus).

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 208 страницах машинописного текста и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы, списка иллюстративного материала и приложений. Список литературы представлен 290 источниками, из которых 137 – в зарубежной печати. Полученные результаты проиллюстрированы с помощью 34 таблиц и 9 рисунков.

Личный вклад автора

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления и разработке дизайна исследования, анализа литературных данных по теме диссертации, планирование исследований, формулировке цели, задач исследования, а также работа с эпидемиологическими показателями, характеризующими обстановку по ТБ/ВИЧ по регионам СФО, в том числе в НСО, на основании данных отчётов формы № 33, с картами №263/у-ТБ персонального учета больных туберкулёзом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ) по Новосибирской области (НСО) и г. Новосибирску. Проводилась непосредственная работа с пациентами на стационарном этапе, анализ данных карт стационарных больных, амбулаторных карт, индивидуальная работа при анкетировании пациентов по опросникам ЛОБИ, HADS, SF-36, аналитическая и статистическая обработка результатов, написание диссертации выполнены лично автором.

ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в мире, России на современном этапе

В настоящее время эпидемиологическая ситуация по туберкулезу не стабильна и является одной из наиболее значимых проблем медицинского сообщества во всем мире. Заболеваемость неравномерно распределена среди стран. Так, по данным Васильевой И. А. с соавторами в 2017 г. на 30 стран с высоким уровнем заболеваемости ТБ приходилось 86 % всех случаев заболевания в мире [27]. В 2019 году в 54 странах наблюдался уровень заболеваемости туберкулезом < 10 случаев на 100 000 населения в год, в основном в Регионе ВОЗ, в Северной и Южной Америке и Европейском регионе, а также в нескольких странах Восточного Средиземноморья и Западной части Тихого океана [27].

Во всем мире уровень заболеваемости туберкулезом (ТБ) снижается недостаточно быстро. По данным ВОЗ, в период 2015–2019 гг., заболеваемость ТБ во всем мире сократилась на 9 %, в то время как одной из целей «Стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза» было снижение заболеваемости к 2020 году на 20 %. Европейский регион ВОЗ почти достиг этого рубежа, сократившись на 19 % в период с 2015 по 2019 гг., Африканский регион добился значительного прогресса, снизив заболеваемость на 16 %. Спад в Европейском регионе ВОЗ был обусловлен, в частности, снижением заболеваемости ТБ на 5,7 % в год в Российской Федерации в течение десятилетия – 2010–2019 гг. [27, 85, 195].

После экономических кризисов 1991, 1994 и 1998 годов в РФ увеличение заболеваемости ТБ было отмечено на 19,8, 20,4 и 12,1 % соответственно) [112]. Однако пик заболеваемости был достигнут в 2000 году (90,4 на 100 тыс. населения), а смертности от ТБ – в 2005 г. (22,6 на 100 тыс. населения), сложившаяся ситуация была напрямую связана с заболеваемостью ТБ в местах лишения свободы. [85]. В 1999 году доля впервые выявленных больных туберкулезом в МЛС составляла 24,8 % от всех впервые зарегистрированных

случаев туберкулеза [85]. Ежегодно доля больных с впервые выявленным ТБ и случаев рецидива в МЛС в РФ снижается, однако положение все еще остается напряженным. По данным отчета ECDC (Европейский центр профилактики и контроля заболеваний) 2017 года, РФ входит в число стран Европейского региона ВОЗ, имеющих наибольшую долю новых случаев и рецидивов туберкулеза, зарегистрированных в пенитенциарных учреждениях (10,4 %) [283]. В 2018 году этот показатель снизился до 9,3 %, тем не менее, РФ занимает первое место среди стран Европы. Среди стран с высокой долей больных ТБ, выявленных в пенитенциарной системе, относятся Словакия (5,9 %), Беларусь (4,5 %), Литва (4,3 %), Азербайджан (4,3 %), Греция (4,2 %) [278]. Однако следует отметить, что в нашей стране система мониторинга эпидемиологических данных в местах лишения свободы одна из наиболее эффективных. В качестве примера успешной борьбы с распространением туберкулеза опыт РФ был представлен в отчете ВОЗ за 2013 год [128].

С 2008 г. в России наступил переломный момент в ситуации с ТБ – общий показатель регистрируемой заболеваемости ежегодно снижался [127]. Так, к 2017 году заболеваемость туберкулезом в стране снизилась с 85,1 до 48,3 на 100 тыс. населения (на 43,2 %), смертность от туберкулеза – с 17,9 до 6,5 на 100 тыс. населения – на 63,7 % [85].

В России в федеральных округах с неблагоприятной эпидемической ситуацией по ТБ – Сибирском, Дальневосточном – также отмечается тенденция к снижению показателей благодаря проведенной работе по повышению эффективности противотуберкулезных мероприятий в системе исполнения наказаний, а также улучшению организации плановых осмотров на ТБ [127]. В 2019 г. показатель общей заболеваемости уменьшился по сравнению с 2018 г. в СФО на 5,8 % (с 80,2 до 75,4 на 100 тыс. населения), в ДФО на 10,3 % (с 73,9 до 66,3). Однако заболеваемость в округах по-прежнему превышает среднероссийский показатель (41,2): в СФО – в 1,8, в ДФО – в 1,6 раза [88]. Скачкова Е. И. с соавторами (2009 г.) при проведении исследования с 2005 по 2006 гг. отметила связь высокой распространенности ТБ в СФО с недостаточно

развитой противотуберкулезной службой и протяженной границей с Китаем, в ДФО – также с расположением региона [112]. Смертность к 2019 году снизилась в СФО на 10 % (с 12,5 до 11,3), в ДФО – на 5 % (с 11,3 до 10,7). Тем не менее, показатель смертности, как и показатель заболеваемости, выше среднего по России (5,2 на 100 тыс. населения) в СФО в 2,2 раза, в ДФО в 2,0 раза [88].

Нечаева О. Б. в 2018 г. связывает снижение показателя, отражающего распространенность ТБ, с увеличением смертности от ТБ от разных причин, прежде всего от ВИЧ-инфекции [85].

Важнейшей проблемой во фтизиатрии по-прежнему остается лекарственная устойчивость (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ). Согласно данным ВОЗ, в 2018 г. в мире туберкулезом заболело 10 миллионов человек, в том числе лекарственно-устойчивым туберкулезом (ЛУ ТБ) заболело около 500 тысяч человек, из которых 78 % ТБ с МЛУ МБТ, 3,4 % случаев МЛУ ТБ приходилось на больных с впервые выявленным туберкулезом, 18 % – на рецидивы ТБ. Наибольшая доля ЛУ ТБ выявлена в трех странах: Индии (27 %), Китае (14 %) и РФ (9 %) [191]. В перечисленных странах суммарно проживает около половины всех больных с МЛУ ТБ, в том числе устойчивые к рифампицину при ПЦР диагностике, что является следствием высокой распространенности ЛУ ТБ [14].

В РФ самая низкая распространенность МЛУ ТБ отмечается в ЦФО и СЗФО, где в 2015 зарегистрировано 11,6 на 100 тыс. и 17,5 на 100 тыс. населения случаев соответственно. Наибольшие показатели распространенности МЛУ ТБ зарегистрированы в СФО и ДФО [25]. На 2019 год этот показатель составил 44,6 на 100 тыс. населения в СФО и 36,4 на 100 тыс. населения в ДФО. При этом в некоторых регионах этих округов заболеваемость МЛУ ТБ превышала 50 на 100 тыс. населения, в том числе Новосибирская область (50,4), Кемеровская область (55,0), Чукотский автономный округ (76,9), наиболее высокий показатель был зарегистрирован в республике Тыва (167,1) [88]. Такой рост числа случаев МЛУ ТБ может быть связан с улучшением диагностики ЛУ с помощью молекулярно-генетических методов [84].

1.2 Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации

Наряду с туберкулезом, ВИЧ-инфекция является одной из основных проблем мирового здравоохранения. Несмотря на снижение количества новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией и смертности от причин, связанных с ВИЧ, пораженность населения растет. Так, по состоянию на конец 2019 г. в мире насчитывалось около 38,0 млн человек, живущих с ВИЧ, из них 1,7 млн человек приобрели ВИЧ-инфекцию за последний год [43]. Во всем мире умерло 690 тыс. человек от причин, связанных с ВИЧ [43]. Россия относится к странам с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией, пораженность населения составляет 728,2 на 100 тыс., РФ занимает 4-е место в мире по темпам роста ВИЧ, а в Европе – 1-е место по заболеваемости ВИЧ-инфекцией [92, 117].

Следует отметить, что ВИЧ-инфекция встречается во всех субъектах РФ, среди которых можно выделить территории-лидеры, где два показателя – заболеваемость и пораженность выше среднероссийских значений, к ним относятся Челябинская (130,1/1 324,0), Свердловская (125,6/1 828,1), Пермский край (118,1/1 188,1) Оренбургская (111,3/1 462,6), Тюменская (103,4/1 263,8) [46]. Калачева Г. А. с соавторами (2017 г.) отметили, что в 2014 г. наиболее неблагополучными регионами СФО по заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией, были отнесены Кемеровская (179,5/1 934,9 на 100 тыс. населения), Иркутская (130,1/1 906,2), Новосибирская (124,9/1 281,0), Томская (112,1/1 010,6) области, Красноярский край (116,6/1 088,5) [46, 117]. По данным основных показателей противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах в 2020 году отмечено, что Кемеровская, Иркутская и Новосибирская области входят в число 10 территорий РФ с наибольшей пораженностью ВИЧ-инфекцией [88].

ВИЧ-инфекция занимает одно из ведущих мест в мире среди причин смерти от инфекционных заболеваний. В РФ в 2018 году ВИЧ-инфекция составляла 59,5 % среди всех смертей от инфекционных болезней. В 2019 году умерли 24,9 %

всех зарегистрированных больных ВИЧ [117]. Наибольший показатель смертности от ВИЧ-инфекции в РФ (2018–2019 гг.) был отмечен в Кемеровской, Иркутской, Свердловской областях, а также в Алтайском крае [92, 148].

К основным причинам смерти пациентов, инфицированных ВИЧ, относят хронический вирусный гепатит (ХВГ), оппортунистические заболевания – цитомегаловирусную инфекцию, токсоплазмоз с поражением головного мозга, генерализованную герпетическую инфекцию, Саркому Капоши, пневмоцистную пневмонию, бактериальные инфекции, злокачественные опухоли) [7, 63, 64, 119], а также отравление алкоголем [64] и наркоманию [41, 63, 64]. Одной из ведущих причин смерти среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, по мнению ряда авторов, является туберкулез [43, 63, 117].

1.3 Эпидемиологическая характеристика сочетанной инфекции – ТБ и ВИЧ в мире, России, Федеральных округах

ВИЧ-инфекция оказывает влияние на напряженность эпидемического ТБ процесса, что особенно выражено на территориях с высоким уровнем распространения туберкулеза и ВИЧ-инфекции [18, 38, 42, 144]. По оценкам Нечаевой О. Б. в 2018 году в России заболеваемость туберкулезом среди больных с ВИЧ-инфекцией превышала таковую среди ВИЧ-негативных лиц в 58,6 раз по сравнению с 2010 г. [84].

По данным ВОЗ, 8,2 % случаев заболевания туберкулезом в 2019 году приходилось на людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Самое высокое бремя ВИЧ-ассоциированного туберкулеза приходится на Африканский регион ВОЗ, где сосредоточено 73 % случаев сочетанной инфекции [195]. Несмотря на то, что Россия не входит в число стран с высокими показателями коинфекции ТБ/ВИЧ, эпидемическая ситуация в РФ остается напряженной [15]. По данным ряда авторов, заболеваемость ТБ/ВИЧ в РФ имеет тенденцию к росту [84, 142, 143]. В 2018 г. Нечаева О. Б. (2018 г.) отмечала увеличение распространенности коинфекции в 1,6–1,7 раза в сравнении с показателями 2010 года [84]. К наиболее

неблагополучным регионам по распространенности ТБ/ВИЧ относятся Сибирский, Приволжский, Уральский и Южный федеральные округа. В 2017 году в этих регионах было зарегистрировано 82,7 % ВИЧ/ТБ в стране [143]. На территории СФО постоянно растет количество больных туберкулезом с ВИЧ-положительным статусом [34, 79, 88, 103].

Таким образом, ТБ и ВИЧ-инфекция, сочетание этих двух заболеваний, остается актуальной проблемой как мирового, так и российского здравоохранения. Одним из наиболее неблагополучных субъектов РФ по распространенности туберкулеза и ВИЧ-инфекции является СФО, что послужило основой для более детального изучения состояния проблемы сочетанной инфекции.

1.4 Эпидемиологическая проблема двух эпидемий: ЛУ ТБ и ВИЧ-инфекции

Особую проблему, представляющую эпидемиологическую опасность, составляет лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза у лиц с ВИЧ-положительным статусом. Масштабы распространения МЛУ ТБ/ВИЧ точно не определены, данные эпидемиологических исследований в разных странах противоречивы [184]. Исследование, проведенное в Индии (2014), показало высокие показатели распространенности МЛУ и ШЛУ среди ВИЧ-инфицированных, которые составили 38 %, 21 % соответственно, при этом доля пациентов с МЛУ ТБ была выше у ранее леченных пациентов по сравнению с больными с впервые выявленным ТБ (36 % против 11 %) [158]. Более низкие показатели распространенности МЛУ ТБ/ВИЧ были зарегистрированы в исследовании Saldanha et. al (2019), проведенном в Западной Индии: у впервые выявленных пациентов и ранее леченных этот показатель составил, соответственно, 8,8 % и 22,6 % [201]. Тем не менее, показатели превышают глобальную оценку ВОЗ распространенности туберкулеза с МЛУ среди всего населения [194]. В Казахстане в 2015 году у трети ВИЧ-инфицированных

больных ТБ, зарегистрированным впервые, была выявлена ЛУ МБТ [4]. В России в 2017 году доля впервые выявленного МЛУ ТБ у пациентов с ВИЧ-инфекцией составила 19 % и среди контингентов 18 %. Худшие показатели были зарегистрированы в Сибирском и Приволжском федеральных округах, где общая распространенность МЛУ ТБ/ВИЧ составляла 26 и 20 % соответственно [142].

Связи ЛУ ТБ и ВИЧ инфекции посвящено большое количество исследований, однако результаты их противоречивы. Так, по данным систематического обзора и мета-анализа, проведенного Mesfin et al. (2014 г.), ВИЧ-инфекция является фактором риска развития туберкулеза с МЛУ среди населения, при этом вероятность наличия МЛУ ТБ среди пациентов с ВИЧ была выше в 1,24 раза [162]. Другие систематические обзоры также подтвердили связь между ВИЧ-инфекцией и впервые выявленным МЛУ ТБ [99, 259]. В противоположность выше приведённым данным в исследованиях, проведенных в Индии, заболевание МЛУ ТБ/ВИЧ было связано с повторным заболеванием ТБ [158, 201, 262, 265].

В то же время Eldholm V. et al. (2016) не отмечали повышенного риска формирования резистентности к ПТП у ВИЧ-инфицированных. В исследовании байесовского моделирования ВИЧ не влияла на частоту мутаций МБТ и, таким образом, не была связана с повышенным риском развития МЛУ. Eldholm V. et al. (2016), отметили, что ВИЧ является движущей силой ТБ в целом, однако не вносит большого вклада в развитие МЛУ [211]. Vanden Hof et al. (2014) также не обнаружили связи между МЛУ ТБ и ВИЧ-инфекцией, однако такие факторы риска ВИЧ и ЛУ ТБ, как мужской пол, молодой возраст, проживание в городе, пребывание в МЛС, бездомность и злоупотребление наркотиками были схожи, последние две подгруппы подвергались особому риску коинфекции. Таким образом, эпидемия МЛУ ТБ/ВИЧ наиболее часто отмечается в социально уязвимых группах, требующих особо контроля [163]. Как детерминанты ВИЧ, так и МЛУ ТБ зависят от конкретных условий, так и наличие связи между ними может быть ситуативным [163].

1.5 Неблагоприятные факторы риска и их роль в развитии туберкулеза

Одним из ключевых факторов, влияющих на развитие туберкулезного процесса, являются социальные факторы. Повышение заболеваемости ТБ в РФ связаны с изменениями материального положения, уровня жизни населения в целом, отсутствие работы, дохода, наличие дохода ниже прожиточного уровня, увеличение социально незащищенных слоев населения, потребителей наркотических веществ и алкоголя, а также отсутствие жилья или неудовлетворительные жилищные условия, пребывание в МЛС, ВИЧ-инфекция [252], основные проблемы общества, нередко создающие условия к заболеванию ТБ [17, 23, 71].

Большую озабоченность вызывает тот факт, что прогресс, достигнутый к концу 2019 года, может быть обращен вспять пандемией COVID-19. Пандемия COVID-19, вероятно, окажет среднесрочное воздействие на число людей, ежегодно болеющих ТБ. Несмотря на то, что политика физического дистанцирования может способствовать снижению аэрозольной передачи туберкулезной инфекции, однако может быть компенсирована более длительной продолжительностью инфицирования, увеличением подверженности домашних животных туберкулезной инфекции, ухудшением результатов лечения, а также высоким уровнем бедности [195]. Исследование Stop TB Partnership Study показало, что пандемия COVID-19 может вызвать еще 6,3 миллиона случаев заболевания ТБ во всем мире в период с 2020 по 2025 гг. Авторы прогнозируют увеличение уровня заболеваемости и смертности от ТБ в 2021 году до уровней, которые в последний раз наблюдались в период между 2013 и 2016 годами соответственно, что означает отступление по крайней мере на 5–8 лет в борьбе с ТБ из-за пандемии COVID-19 [268].

1.5.1 Значение социальных и медицинских факторов риска в развитии туберкулёза

Особо значимое влияние на распространенность туберкулеза оказывают социальные факторы, к которым относятся трудовая занятость, уровень образования и дохода, семейное положение, миграция и пребывание в МЛС [115]. По данным Sifuna et al. (2019), скученность населения и низкий доход приводит к быстрому распространению ТБ [257]. Доход ниже среднего в качестве фактора заболевания отмечен и в других источниках [6, 115].

Одним из важных показателей социальной характеристики больных ТБ является трудовой статус. По данным ряда авторов, первое место по численности среди заболевших занимают неработающие трудоспособного возраста [15, 20, 112]. В исследовании Yen YF et al. (2013) безработица повышала риск смертности больных ТБ во время лечения [289]. Среди работающих пациентов, чаще заболевают рабочие низкой квалификации. Менее многочисленную группу больных туберкулезом составляют служащие, работники частных предприятий и сельских хозяйств [31, 125], предприниматели [115].

Уровень образования традиционно рассматривается в качестве социального фактора. Среди больных ТБ чаще встречаются лица со средним и средним специальным образованием [116]. По результатам исследования, проведенного в Великобритании, риск заболевания туберкулезом возрастает в 4 раза у лиц с более низким уровнем образования [183].

Семейное положение не является существенным фактором риска заболевания ТБ, тем не менее, в литературе представлены данные о том, что свободные лица, особенно мужского пола имеют более высокие показатели заболеваемости ТБ [205]. В то же время наличие семьи предполагает большую социальную ответственность по отношению к своему здоровью. В исследовании Баласанянц Г. С. с соавт. (2019 г.) только 44,7 % впервые выявленных больных ТБ имели семью [116].

По данным ряда авторов, повышение заболеваемости ТБ в странах

Евросоюза связана с наплывом мигрантов из развивающихся стран в период экономических кризисов и снижения дохода населения [214, 249]. В странах с низким уровнем заболеваемости ТБ случаи туберкулеза среди иммигрантов доминируют в эпидемиологии туберкулеза. В Швеции, Норвегии, Дании, Нидерландах доля случаев, связанных с мигрантами, колеблется от 50 % до 85 % всех случаев. В Финляндии за период 1995–2013 гг. доля зарегистрированных случаев ТБ, приходящаяся на мигрантов увеличилась с 5,8 % до 32,1 %, при этом почти 90 % больных данной когорты были родом из стран, где заболеваемость ТБ превышала 50 на 100 тыс. населения [282].

Однако в РФ наибольшее число впервые выявленных больных ТБ приходится на постоянных жителей страны (86,3 %), свой вклад в заболеваемость ТБ вносят также иностранные граждане (3,5 %), лица БОМЖ (2,2 %) [85]. Россия занимает второе место в мире по количеству принимаемых на свою территорию мигрантов, уступая по данному показателю только США [97], что влияет на заболеваемость ТБ в странах. Так, ТБ среди мигрантов выявляется в 2,65 раза чаще по сравнению со средними показателями по РФ. В Москве, Санкт-Петербурге, Калужской и Рязанской областях доля мигрантов среди впервые выявленных больных ТБ наиболее высока в стране и достигает 15–20 % [36, 83]. В 2012 году в Санкт-Петербурге заболеваемость ТБ среди иностранных граждан была выше в 5–6 раз, чем среди постоянного населения, разных возрастных групп города [44, 70, 98]. По данным Ершовой А. В. и Стерликовой С. А. (2017), миграция не является значимым фактором риска заболевания ТБ, однако среди мигрантов шансы заболеть ТБ в 2 раза выше, чем среди постоянных жителей [36].

Больные туберкулезом, прибывшие из МЛС, составляют особую группу пациентов. После освобождения не все больные ТБ встают на учет. По данным Нечаевой О. Б. и соавт. (2018), этот показатель в 2017 году составлял всего 63,6 % [82]. В связи с длительной изоляцией, отсутствием контактов с семьей и обществом, после освобождения некоторые бывшие заключенные с подтвержденным диагнозом ТБ часто не находят работу, злоупотребляют

алкоголем и наркотическими веществами. В результате чего пациенты данной категории являются источником распространения ТБ [45, 115]. В то же время пенитенциарные учреждения являются «фильтрами», где у социально-дезаптированных лиц диагностируют ТБ, не выявленный в гражданском секторе из-за не обращения их в ПМСП [114].

Одним из самых опасных социальных факторов, способствующих заболеванию ТБ, является употребление наркотиков [129, 183]. В исследовании Silva et al. (2017), проведенного в Бразилии, отказ от лечения был связан с злоупотреблением психоактивными веществами [182].

Результаты ряда исследований и крупных мета-анализов доказывают, что лица, употребляющие алкоголь, имеют повышенный риск развития ТБ, при этом связь имеет дозозависимый эффект [159, 160, 256, 264]. К повышенной восприимчивости организма к туберкулезной инфекции приводит злоупотребление алкоголем, что приводит к снижению защитной функции иммунной системы, создаются условия возможности реактивации латентной туберкулёзной инфекции [160, 256, 264]. Чрезмерное потребление алкоголя связано с неблагоприятными факторами риска – низким нутритивным статусом, заболеваниями печени, нарушением обменных процессов, микроциркуляции [131, 259]. Следует также отметить, что пациенты с хроническим алкоголизмом не могут адекватно оценить состояние своего здоровья, и, как правило, пренебрегают профилактическими обследованиями [129].

Увеличение риска развития ТБ ассоциировано с еще одной зависимостью – табакокурением [183]. У людей с никотиновой зависимостью риск развития туберкулеза органов дыхания увеличивается в 15 раз, при этом более высокий индекс курения утяжеляет клиническую картину туберкулеза среди впервые выявленных больных, а также способствует развитию распространенных процессов в легких [130]. Это может быть связано с нарушением врожденных и адаптивных иммунных реакций слизистой оболочки дыхательных путей вследствие курения [258]. Табачный дым провоцирует изменения реснитчатого эпителия слизистой оболочки дыхательного эпителия, приводит к снижению

фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов, угнетает активность НК-клеток, дендритных клеток [153]. Курение также увеличивает риск развития лекарственной устойчивости МБТ, по данным систематического обзора Wang M. G. et al. (2018), у курящих пациентов шанс развития ЛУ был в 1,57 раза выше, чем у некурящих [263].

Таким образом, наличие многочисленных неблагоприятных, социальных факторов создают условия для развития ТБ и повышают заболеваемость и распространенность ТБ как в мире, так и в РФ.

Не маловажную роль в развитии туберкулеза играют медицинские факторы – сопутствующие заболевания. Высокая пораженность населения хроническими неспецифическими болезнями органов дыхания создает дополнительные условия заболевания ТБ [106, 138, 174, 196]. Среди больных, страдающих ХОБЛ, выделены группы риска по заболеванию ТБ – это мужчины с ВИЧ-инфекцией старшей возрастной группы, одинокие, без постоянного места жительства, табакзависимые, употребляющие инъекционные наркотики [133].

Однако в проспективном, когортном исследовании Yü et al. (2018) был продемонстрирован защитный эффект бронхиальной астмы на развитие активного ТБ, объясняющий активацию эозинофилов, которые играют определенную роль в защите от туберкулезной инфекции [167, 206, 274, 287, 290].

Вследствие выраженных нейрогуморальных расстройств и нарушений обменных процессов пациенты с язвенной болезнью относятся к группе риска по заболеванию ТБ особенно в первые 5–10 лет или период после хирургического лечения [28, 70, 108], в связи с низким нутритивным статусом пациентов, сниженным иммунитетом [191, 239], на фоне длительного приема ингибиторов протонной помпы [175].

По данным систематических обзоров, в которых сахарный диабет (СД) является фактором риска развития ТБ, увеличивает риск развития заболевания в 1,5–3,0 раза [70, 161, 200, 225], особенно на фоне декомпенсации, гипергликемии [59, 252], уровнем HbA1c более 7 % [161, 179, 231, 250], метаболических нарушений [209, 216, 240, 247, 259, 272]. В регионах с высокой

распространенностью СД, отмечена высокая заболеваемость ТБ [156, 254, 266].

Также доказано влияние глюкокортикостероидов, применяемых при ряде системных заболеваний, на развитие активного ТБ легких [188, 196, 198, 221, 222, 255, 261, 288]. Туберкулез является редким, но тяжелым осложнением применения ингибиторов ФНО- α , также используемых для лечения больных с системными заболеваниями [137, 253, 271]. Случаи ТБ, возникающие во время терапии ингибиторами ФНО- α , могут быть вызваны приобретением новой прогрессирующей инфекцией или реактивацией латентной туберкулезной инфекции [80, 166, 197, 218, 220, 247, 253, 279, 280, 284].

Психические расстройства, включая депрессию и тяжелый психический стресс, рассматриваются в качестве факторов риска развития ТБ, поскольку оказывают негативное влияние на клеточный иммунитет [224, 234]. По данным некоторых исследований, риск развития ТБ увеличивается среди лиц с депрессивными расстройствами, чем тяжелее депрессия, тем риск выше [176, 219]. Следует отметить, что депрессия чаще встречается у пожилых людей, сопровождается дисфорией, бессонницей [219], а также курением, чрезмерным потреблением алкоголя [176], что также может способствовать развитию ТБ.

1.6 Социальные предикторы ВИЧ-инфекции

Употребление инъекционных наркотиков ассоциируется с высоким риском заражения ВИЧ-инфекцией [30, 33, 104, 148]. Однако доля инфицированных ВИЧ при употреблении наркотиков снизилась [30, 109, 117], в 2019 году потребители инъекционных наркотиков составляли 33,6 % от всех впервые выявленных больных [120]. В последние годы превалирует половой путь передачи ВИЧ-инфекции [30, 109, 117, 126]. Так, в 2019 году при гетеросексуальных контактах заразились 62,7 % впервые выявленных больных [117]. Такая тенденция отражает выход ВИЧ-инфекции за пределы уязвимых групп населения и способствует распространению эпидемии ВИЧ-инфекции среди населения, не относящегося к группам наибольшего риска [30, 62, 117].

Также за последнее время подверглась изменению гендерная и возрастная характеристики ВИЧ-инфекции. Увеличился процент заболеваемости среди женщин [8, 109]. ВИЧ-инфекция в РФ выявляется в более старших возрастных категориях [8, 109, 117, 147]. В 2019 году 84 % пациентов, у которых была выявлена ВИЧ-инфекция, были старше 30 лет [117]. Беляков Н. А. и другие в 2015 прогнозировали преобладание среди ВИЧ-инфицированных больных 45–50 лет к 2020 году в Санкт-Петербурге [146].

В основном ряд социальных, медицинских, а также психологических предикторов идентичны при сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ.

1.6.1 Факторы риска развития сочетанной инфекции – туберкулез и ВИЧ-инфекции

Туберкулез и ВИЧ имеют схожие группы риска и развиваются в большей степени среди социально-неблагополучных слоев населения [66]. Результаты некоторых исследований показывают, что контингент пациентов с ТБ/ВИЧ является более неблагополучным по сравнению с больными ТБ в целом. [93, 95]. Наиболее подвержены заболеванию ТБ/ВИЧ мужчины молодого возраста [32, 52, 56, 93, 95, 135] с низким уровнем образования, без семьи [93, 95, 96], чаще неработающие [32, 33, 56, 69, 93, 95, 96], употребляющие алкоголь и наркотические вещества [33, 52, 54, 93, 95, 136], ранее отбывавшие наказание в МЛС [33, 52, 95, 96]. В то же время не все авторы выделяют пребывание в МЛС, как значимый фактор риска заболевания ТБ/ВИЧ [135]. Однако, по данным Загдын З. М. (2021 г.) и Нечаевой О. Б. (2018 г.) в последние годы 2018–2020 гг. среди контингента УИС заболеваемость и распространенность ТБ/ВИЧ имеют тенденцию к большему снижению, чем среди населения РФ [37, 82]. Отмечается увеличение доли женщин среди ВИЧ-инфицированных больных ТБ [69], однако они более благополучны по социальному статусу по сравнению с мужчинами этой когорты [52].

По мнению ряда исследователей, Нечаев В. В. с соавт. (2011 г.) и

зарубежных [204, 217, 240], сочетание ТБ и ВИЧ-инфекции обусловлено патогенезом этих инфекций. Органы лимфатической системы – зона, где происходит наиболее активное взаимодействие вируса и МБТ [81]. Авторы считают, что повышенный риск развития туберкулеза тесно коррелирует с истощением популяции Т-клеток у лиц, инфицированных ВИЧ, которое происходит в периферической крови, дыхательных путях [204, 217, 240]. При ВИЧ-инфекции снижается количество CD8⁺ Т-лимфоцитов, которые играют определенную роль в состоянии слизистой оболочки бронхиального дерева, что повышает восприимчивость к МБТ при воздушно-капельном пути передачи инфекции [244]. Исследования Kalsdorf V et al. (2009) свидетельствуют о снижении активности Т-клеток, которые продуцируют провоспалительные цитокины, фактор некроза опухоли и IL 2 [204]. Апоптоз макрофагов является одним из ключевых компонентов защитной реакции организма на присутствие *M. tuberculosis* [203]. По данным ряда исследований, апоптоз макрофагов, ассоциированных с МБТ, у ВИЧ-инфицированных лиц значительно снижен [203, 215]. Причиной тому может быть снижение продукции фактора некроза опухоли макрофагами, а также снижение активности азота в макрофагах [203].

В свою очередь ТБ отрицательно влияет на течение ВИЧ-инфекции. В исследовании, проведенном в Южной Африке, показало, что у лиц с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ на фоне проводимой АРВТ количество CD4-клеток увеличивалось значительно меньше, чем у пациентов только с ВИЧ-инфекцией [228]. В работах Whalen C. C et al. (1995, 2000 г.) было показано, что активный туберкулез способствует более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции, вследствие индуцирования репликации вируса посредством усиления иммунного ответа организма [187, 213, 233].

По данным ряда авторов, ВИЧ-инфекция является первичной у пациентов с ТБ/ВИЧ [87, 111, 135]. В исследовании Сергеевнина В. И. и соавт. (2020) у большей части пациентов диагноз туберкулез регистрировался через 1–6 лет после ВИЧ-инфицирования, максимально этот срок составил 9 лет [111]. В то же время известно, что ВИЧ увеличивает риск реактивации латентной туберкулезной

инфекции [22, 102]. В исследовании, проведенном среди первично-инфицированных с положительными туберкулиновыми пробами, у 14 % ВИЧ-инфицированных развился ТБ в течение 2 лет наблюдения, тогда как у ВИЧ-негативных ТБ не развился [193].

Туберкулез может развиваться на любой стадии ВИЧ-инфекции при любом уровне CD4 [39, 275]. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции чаще ТБ легких протекает бессимптомно [84], в этот период ТБ нередко выявляется при прохождении флюорографических обследований [1, 145]. По мере прогрессирования иммуносупрессии развивается ТБ лимфатических узлов, внелегочной локализации. Для больных с выраженным иммунодефицитом характерен генерализованный ТБ [60, 84, 193]. На поздних стадиях ВИЧ, туберкулез проявляется скудной рентгенологической картиной [91], изменения в легких могут и вовсе не регистрироваться [2, 281] при уровне CD4 менее 50 клеток/мкл. В исследовании Бородулиной Е. А. (2019) уже при уровне CD4+ менее 300 кл/мкл диагностика ТБ была затруднена [89]. Клиническая картина в этот период имеет атипичное течение, процесс характеризуется стремительным прогрессированием и напоминает течение неспецифической бактериальной инфекции органов дыхания [39]. Бактериовыделение у пациентов с сочетанной инфекцией (СИ) чаще выявляется при выраженной иммуносупрессии [10, 51, 55].

1.6.2 Эффективность лечения больных туберкулезом и в сочетании – ТБ/ВИЧ

Согласно данным ВОЗ 2016 года о результатах лечения пациентов, показатель успешного лечения в мире МЛУ/РУ-ТБ составил 56 %, ШЛУ – 39 %. [194]. В РФ эти показатели оказались сопоставимы с мировыми (МЛУ – 54 %, ШЛУ – 38 %) [194]. В СФО и ДФО неэффективный курс химиотерапии в большей части случаев обусловлен выявлением у пациента возбудителя ТБ с МЛУ. В 2019 году среди больных с впервые выявленным ТБ доля неэффективных курсов по причине МЛУ в СФО составила 79,1 %, в ДФО – 80,5 % [88].

В исследовании Лапшиной И. С. и соавт. (2020), эффективность лечения пациентов с МЛУ/ШЛУ ТБ составила 59,8 %, при этом у впервые выявленных больных результаты лечения были выше (70 %) по сравнению с пациентами, зарегистрированными на повторный курс ХТ после перерыва в лечении (40 %) [136]. На эффективность лечения больных с МЛУ МБТ может повлиять наличие таких факторов, как синдром зависимости от алкоголя, СД, неспецифические хронические заболевания лёгких, пребывание в МЛС, а также их сочетание [141]. Кроме того, развитие нежелательных побочных реакций может стать еще одним фактором, влияющим на эффективность лечения. Однако назначение ХТ с учетом спектра лекарственной устойчивости МБТ снижает развитие побочных реакций [26]. Использование эмпирических режимов для стартовой химиотерапии отрицательно влияет и на эффективность лечения больных с МЛУ ТБ [149]. В исследовании Бураковой М. В. и соавт. (2017) было показано, что наличие ЛУ МБТ не влияет на скорость репаративных процессов при условии назначения рационального режим ХТ с самого начала лечения [151].

По данным ВОЗ, показатель успешного лечения ТБ среди пациентов с ВИЧ в мире составляет 75 %, в то время как в России – всего 43 % [194]. Результаты некоторых исследований доказывают, что эффективность лечения среди больных с ТБ/ВИЧ значительно ниже, чем у пациентов с моноинфекцией ТБ [10, 35]. Елькина И. А. и Пьянзова Т. В., 2018 г. в своей работе сравнили показатели эффективности ХТ ТБ у пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией и без нее: бактериовыделение было прекращено у 35,3 % и 74,4 % больных, а полости распада закрылись у 22,6 % и 58,4 % соответственно [35]. В ретроспективном анализе впервые выявленных случаев ТБ, проведенном в Новокузнецке, клиническое излечение у пациентов с ВИЧ-положительным статусом регистрировали в 1,8 раз реже, чем у ВИЧ-негативных больных, а показатель смертности, наоборот, чаще в 3,2 раза [10]. На более высокий уровень летальности среди лиц с ТБ/ВИЧ указывают и другие авторы [35, 199, 207].

Социальные факторы относят к предикторам не только развития коинфекции – ТБ/ВИЧ, но и неблагоприятного исхода заболеваний, как при

консервативном, так и оперативном лечении ТБ у пациентов с ВИЧ [5, 19, 89]. По данным Бородулиной Е. А. и соавт. (2019), отягощенный социальный статус влияет на смертность при ВИЧ/ТБ [77, 78, 89]. Одним из наиболее значимых медицинских факторов, влияющих на исход у пациентов с ВИЧ/ТБ, является степень иммуносупрессии [10, 35, 39]. При этом авторы выделяют разные пороговые значения CD4-клеток: менее 200 кл/мкл [5], менее 88 кл/мкл [134]. Однако в исследовании Мордык А. В. и соавт. (2015) уровень CD4+ и стадия ВИЧ-инфекции не влияли на исход заболевания, тогда как значимыми факторами были вирусная нагрузка более 100 000 копий/мл [74]. По мнению многих исследователей, важным фактором эффективности лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных является своевременно начатая АРВТ, которая способствует излечению ТБ и снижает летальность этой группы больных [74, 94, 169, 236]. Неэффективность лечения ТБ у больных с ВИЧ также связана с развитием ЛУ МБТ [39]. В исследовании Мишина В. Ю. и соавт. (2017) сочетание МЛУ МБТ, низкого уровня CD4-лимфоцитов и высокой вирусной нагрузки приводили к прогрессированию ТБ [32].

1.6.3 ВИЧ-инфекция как фактор неэффективного лечения больных МЛУ ТБ с сочетанной инфекцией

Существующие данные о результатах лечения больных с МЛУ ТБ показали противоречивые выводы относительно влияния ВИЧ на исход МЛУ ТБ. Некоторые исследования указывают на отсутствие какого-либо влияния [155, 158]. В мета-анализе результатов лечения 2 587 взрослых с МЛУ ТБ/ВИЧ доля эффективно пролеченных больных составила 49,9 % [158], что почти аналогично показателю эффективности лечения МЛУ ТБ независимо от ВИЧ-статуса [194]. Ряд авторов указывает на высокий риск неэффективного лечения ТБ с МЛУ при сочетании с ВИЧ [171, 212, 226]. По данным Корецкой Н. М. и Большаковой И. А. (2015, 2016, 2017), у ВИЧ-инфицированных с впервые выявленным ТБ с МЛУ/ШЛУ преобладают МБТ с высокой и средней жизнеспособностью, что

обуславливает особую эпидемиологическую опасность данной категории больных [129].

В исследовании, проведенном в странах Африки к югу от Сахары, эффективность лечения была ниже у пациентов с МЛУ ТБ, живущих с ВИЧ, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции. Показатель излечения пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ составил всего 34,9 % [170]. Еще более низкий показатель эффективности лечения данной когорты больных, составляющий 16 %, был зарегистрирован в Европейской регионе ВОЗ [204]. Загдын З. М. и соавт. (2020) также показали более низкую эффективность ХТ среди когорты ВИЧ-инфицированных больных с МЛУ ТБ, по сравнению с больными без ВИЧ-инфекции, в Северо-Западном федеральном округе (41,4 % против 61,5 %) [72]. Исследование Magis-Escurra et al. (2017) продемонстрировало высокий риск рецидива МЛУ ТБ в зависимости от ВИЧ-статуса: без рецидивное излечение было достигнуто у 24,0 % ВИЧ-позитивных пациентов, по сравнению с 59,4 % ВИЧ-негативных [190]. К факторам, влияющим на неблагоприятные исходы пациентов этой категории, относятся атипичные клинические проявления ТБ и отсутствие быстрых и чувствительных генотипических тестов, что приводит к задержке диагностики и начала лечения [165, 251]. Уровень иммуносупрессии также влияет на эффективность лечения. Пациенты с количеством CD4 < 100 клеток/мкл чаще умирают после начала лечения [180, 202].

Kwan C. K., Ernst J. D. (2011) показали, что МЛУ ТБ и ВИЧ не только распространились по всему миру, но и объединились в смертельно опасную синдемию, что приводит к поздней диагностике, низкой эффективности лечения и высокой смертности, что требует предпринятия более активных мер для обеспечения диагностики, лечения ТБ/ВИЧ и ухода за пациентами этой группы [227].

На основании проведенного анализа результатов ХТ у больных с МЛУ ТБ, зарегистрированных в РФ в 2011–2012 гг., Стерликов С. А. и соавт. выделили такие причины неблагоприятных исходов лечения, как низкая приверженность пациентов к лечению, недостаточный охват тестами на ЛУ МБТ и плохой

контроль за проведением ХТ [120].

1.7 Приверженность, как основной фактор эффективности лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции

Приверженность больных к медикаментозному лечению имеет решающее значение для успешного лечения как туберкулеза, так и ВИЧ-инфекции [226]. По оценкам разных авторов преждевременно выписываются из стационара 27,5–52,7 % пациентов, при этом терапия чаще всего возобновляется ими через 3–5 недель [152]. По данным Кузьминой Н. В. и соавт. (2011), только 35,7 % больных с МЛУ ТБ завершили интенсивную фазу лечения в стационаре, тогда как большая часть больных этой когорты была выписана за нарушение режима [61].

Отсутствие приверженности к лечению больных с ТБ/ВИЧ наблюдается во всем мире и приводит к таким последствиям, как неэффективное лечение больных ТБ, развитию ЛУ МБТ [286]. Результаты корреляционного анализа, проведенного Сон И. М. и др. (2016), не продемонстрировали влияния досрочного прекращения лечения больных ТБ без ВИЧ-инфекции на заболеваемость, частоту рецидивов и первичную МЛУ МБТ, однако было доказано, что этот фактор ассоциирован с увеличением смертности и доли бактериовыделителей [110]. На приверженность к лечению больных ТБ влияет ряд причин, к которым относят и сезонные факторы. Так, по данным Сон И. М. и соавт. (2017), пациенты, проходящие лечение в стационаре в теплое время года, чаще досрочно прерывают лечение. Риск досрочного прерывания лечения среди больных, зарегистрированных в I, II, III кварталах выше в 1,2–1,3 раза по сравнению с больными, зарегистрированными в IV квартале [21].

Часто у больных туберкулезом независимо от ВИЧ-инфекции возникают финансовые проблемы. По данным Юрановой М. А. (2013), пациенты прерывали ОКХТ из-за затрат на лечение, к которым относили расходы на транспорт, невозможность заработать деньги из-за пребывания в стационаре [152]. Оказание социальной поддержки таким больным в виде денежных поощрений, выдачи

продуктовых и гигиенических наборов, оплаты проезда к месту лечения, организации горячего питания способствует увеличению эффективности лечения и повышению приверженности [11, 54, 286]. Однако стоит отметить, что некоторые больные ТБ, находящиеся на инвалидности, умышленно не принимают ПТП для сохранения активности процесса, чтобы продолжить получать пенсионные выплаты [45, 123].

Среди причин низкой приверженности, связанных с проведением терапии, выделяют длительность лечения, побочные эффекты при приеме ПТП, ежедневный прием большого количества таблеток, которое возрастает у пациентов с ТБ/ВИЧ [53]. Пациенты часто могут не сообщать о развитии побочных реакций на прием ПТП лечащему врачу. В то же время некоторые больные отмечают, что их не предупредили о возможных побочных эффектах [152].

В результате проводимого лечения пациенты начинают чувствовать себя лучше, что рассматривается некоторыми из них как излечение, поэтому продолжение лечения они считают нецелесообразным [3, 68, 286]. Это связано с дефицитом знаний о продолжительности лечения и последствий, связанных с прерыванием ХТ [53, 230, 285]. Кроме того, несоблюдение режима ХТ может быть связано с сомнением в излечимости ТБ [267].

Ломакина О. Б. и соавт. (2018) изучили степень информированности ВИЧ-инфицированных, в том числе с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ о туберкулезе. Так, 28 из 323 участников опроса ответили, что «Туберкулез похож на простудное заболевание и быстро проходит» и «Туберкулез – это воспаление легких и совершенно незаразен», 4,9 % больных с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ ответили, что не болеют туберкулезом, 9 % не считали прием ПТП обязательным [90]. В исследовании Мордык А. В. и соавт. (2014, 2016) посвященном особенностям личности пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ, половина больных не осознавала потенциальную опасность, которую они представляют для общества при не соблюдении ими санитарно-гигиенических норм [65].

Больные туберкулезом как с ВИЧ-инфекцией, так и без нее, могут скрывать

свой диагноз и испытывать чувство вины и стыда из-за болезни [118, 125, 237]. Страх стигматизации может стать еще одной причиной прерывания лечения и наблюдения [286]. По данным Суховой Е. В. и др. (2014), как для больных с впервые выявленным ТБ, так и с хроническим течением заболевания имеет место социальная изоляция. Со стороны родственников и близких отмечается ухудшение отношения к больному, они могут быть брошены супругами [125]. Больной остается наедине с болезнью, боится не справиться с ней. Это можно использовать для мотивации к лечению. Необходимо объяснить пациенту, что близкие будут поддерживать его в том случае, если будут уверены в собственной безопасности, то есть при условии прекращения им бактериовыделения, которое достигается соблюдением непрерывного лечения [123].

На приверженность терапии оказывают влияние личностные особенности больных [101]. Тип отношения к болезни должен учитываться врачом для повышения эффективности лечения [107]. Впервые диагностированный туберкулез часто приводит к глубоким эмоциональным расстройствам, которые тормозят процесс адаптации больного, к депрессивным реакциям разной степени выраженности, тревожным расстройствам [12, 76, 107, 140]. Мордык А. В. с соавт. в 2009 г. отметили, что через 2 месяца лечения у больных при отсутствии побочных реакции уровень психической тревоги снижался и был аналогичен уровню здоровых лиц к 6 месяцу химиотерапии. В то же время развитие побочных реакций на ПТП сопровождалось нарушением процессов психологической адаптации и способствовало усугублению тревожных нарушений [76]. Больные с хроническими формами ТБ могут сомневаться, что им хватит терпения пройти до конца курс ХТ, очередная госпитализация угнетает их. Прошлый опыт лечения, включающий побочные реакции, болезненные процедуры и инъекции, вызывает страх, способствует самовольному изменению дозировок, пропускам приема лекарств и даже прекращению лечения. Кроме того, из-за отрицательного отношения окружающих больные становятся озлобленными, хотят отомстить за свои страдания, заражая всех вокруг [123, 124].

Больные ВИЧ/ТБ замкнуты, недоверчивы, зачастую эмоционально

нестабильны и капризны. Важно установить психологический контакт с пациентами и быть готовыми к резким сменам настроения. Больные с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ не обладают развитым интеллектом и логическим мышлением, плохо и медленно обучаются и не заинтересованы в получении новой информации [113, 118]. Они часто верят в благополучное излечение, даже при отсутствии каких-либо действий с их стороны [65]. Поэтому необходимо выстраивать общение с пациентами данной категории, проводить личные разъяснительные беседы, используя доступные, понятные для них выражения. Многие пациенты с ассоциированной инфекцией ВИЧ/ТБ отличаются плохой дисциплинированностью, безответственностью и непостоянностью. Они легко бросают начатое дело, нарушают правила морали, культурные нормы [113, 118]. В то же время больные пациенты с ТБ/ВИЧ являются достаточно целеустремленными людьми. Чтобы добиться успеха в лечении этих больных необходимо не только контролировать реализацию медицинских назначений больных, но и ставить понятные и доступные цели перед ними, разъясняя его роль в процессе лечения [140].

Приверженность ВИЧ-инфицированных больных с МЛУ ТБ может представлять серьезную проблему из-за длительности лечения и большого количества препаратов с различными побочными реакциями. В исследовании Stephens et al. (2019) больные с сочетанной инфекцией были более привержены к АРВТ, чем к лечению ТБ. Пациенты выражали чувство личной ответственности за соблюдение АРВТ, тогда как лечение МЛУ ТБ рассматривалось ими как ответственность медицинского персонала [276].

Пациенты, относящиеся к перечисленным группам риска, должны находиться под особым наблюдением врачей ПМСП для своевременного выявления ТБ, предупреждая распространение туберкулезной инфекции с целью повышения вероятности благоприятного исхода их лечения [57, 100].

Психологическое сопровождение терапии больных туберкулезом легких повышает эффективность лечения в целом, предотвращая риск развития пограничных психических расстройств у пациента [31]. Всем больным с впервые

выявленным ТБ показано консультирование психолога, так как сообщение о диагнозе является сильным стрессом [9]. При грамотной работе специалиста адаптация к диагнозу проходит легче и быстрее. Внимание пациента переводится от эмоциональных переживаний к рациональным действиям, необходимым для противостояния заболеванию [50]. Помимо использования профессиональных психологических методик необходимо создание благоприятных психологических условий в противотуберкулезных учреждениях [122]. Этого можно достичь доверительными отношениями между пациентом и врачом, которые формируют чувство ответственности за соблюдение режима лечения [45]. Уважительное отношение медицинского персонала к пациенту входит в перечень мероприятий по повышению приверженности к лечению ТБ [9]. Задача врача – мотивировать пациентов на выздоровление, объяснять, что заболевание – это только определенный период в его жизни, а не вся его жизнь [118]. Плохая коммуникация между пациентом и медицинским персоналом может стать еще одним фактором, связанным с несоблюдением лечения [230, 235, 285].

Причинами прерывания лечения могут быть советы других больных, родственников и знакомых [3], что происходит из-за недостатка достоверной информации у пациента, невозможности обсудить проблемы с лечащим врачом. Неформальное отношение к больному, компетентные советы и рекомендации могут способствовать соблюдению врачебных назначений [124], комплекс проводимых мероприятий по обеспечению приверженности к лечению должен соответствовать потребностям конкретного пациента [9]. Исследований по использованию психологического сопровождения больных МЛУ ТБ/ВИЧ в целом немногочисленны.

1.8 Психоэмоциональные особенности пациентов с ТБ/ВИЧ и методы их оценки

Исследование психоэмоционального состояния влияющего на физиологический компонент здоровья в современной медицине получил широкое

распространение. Проблемы психического здоровья больных вызывают озабоченность всего медицинского сообщества в отношении приверженности к лечению, поскольку течение хронических заболеваний сопряжено с тревогой и депрессией [223, 241]. По этим причинам исследования, связанные с оценкой депрессивных симптомов и их коррекцией, рассматриваются как одна из приоритетных областей исследований [238], в том числе и туберкулеза легких [177, 181, 185, 242]. Туберкулез органов дыхания как у впервые выявленных, так и с хроническим течением обладает склонностью к прогрессированию и обострению, что приводит к стойкому ограничению всех аспектов (физических, психических, социальных) «нормальной жизни» человека. Лечение больного туберкулезом легких предполагает не только нормализацию клинико-лабораторных показателей, излечение недуга, но и повышение многих параметров качества жизни пациента [28, 48, 186, 189, 229, 246].

Изучая особенности психики больных туберкулезом, Золотова Н. В. и соавт. (2015) выявили наличие более высокой враждебности, подозрительности, чувствительности к критике в свой адрес [40]. Эти особенности определяют эмоциональные реакции больных задолго до манифестации ТБ и рассматриваются авторами как специфические преморбидные характеристики, которые способствуют возникновению и длительному сохранению у больных нервно-психического напряжения и снижению резистентности организма к инфекции и, таким образом, являются психологическими факторами развития туберкулеза [40, 132].

ТБ и ВИЧ-инфекция являются эпидемиологически- и социально значимыми заболеваниями, при которых необходимо длительное медикаментозное лечение, в том числе в условиях стационара. Больные ВИЧ/ТБ замкнуты, недоверчивы, зачастую эмоционально нестабильны и капризны. Важно установить психологический контакт с пациентами и быть готовыми к резким сменам настроения. Больные с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ часто не обладают развитым интеллектом и логическим мышлением, плохо и медленно обучаются и не заинтересованы в получении новой информации [113, 118]. Они часто верят в

благополучное излечение, даже при отсутствии каких-либо действий с их стороны [65]. По мнению авторов необходимо выстраивать общение с пациентами данной категории, проводить личные разъяснительные беседы, используя доступные, понятные для них выражения.

Многие пациенты с ассоциированной инфекцией ТБ/ВИЧ отличаются плохой дисциплинированностью, безответственностью и непостоянностью. Они легко бросают начатое дело, нарушают правила морали, культурные нормы [113, 118]. В то же время больные пациенты с ТБ/ВИЧ могут быть достаточно целеустремленными. Чтобы добиться успеха в лечении этих больных необходимо не только контролировать реализацию медицинских назначений больных, но и ставить понятные и доступные цели перед ними, разъясняя его роль в процессе лечения [140].

Для оценки комплексного влияния болезни на личность пациента, его психоэмоциональное состояние, уровень социальной адаптации, появляется необходимость прогнозировать течение заболевания и их приверженность к длительному комплексному лечению при помощи различных тестовых методик. Наиболее частыми в работах зарубежных и российских исследователей для оценки психоэмоционального статуса применяются следующие анкеты – ЛОБИ, HADS, SF-36.

ЛОБИ (Личностный Опросник Бехтеревского Института) – создан на основе типологии клинико-психологических вариантов отношения человека к заболеванию. Предложена методика была исследователями А. Личко и Н. Ивановым в 1980 году. Опросник основан на принципе концепции «Психология отношений» и направлен на распознавание сложившегося под влиянием болезни паттерна отношений к самой болезни, ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение и т. п.). Содержит 126 высказываний, отражающих мысли, чувства человека, возникающие с наличием у него какой-либо хронической или просто затянувшейся болезни. В исследовании Мордык А. В. и соавт. (2015) среди

больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом преобладал смешанный тип отношения к болезни, гармоничный и анозогнозический типы реагирования выявлялись у каждого 5-го больного, тогда как тревожный и сенситивный типы встречались наиболее редко [107].

HADS – (Hospital Anxiety and Depression Scale), опросник тревоги и депрессии. Разработан 1983 году Zigmond A. S., Snaith R. P. – это диагностическая тестовая методика, которая используется для определения уровня тревожности у пациента или близости его состояния к депрессивному, а также при дифференциальной диагностике этих состояний, основан на опросе пациента (больной отвечает на тест исходя из того, что он чувствует), в связи с чем является субъективным и предназначен для скринингового выявления тревожных и депрессивных расстройств [13, 47, 49, 150, 243, 270, 273]. Clarc с соавторами в 1991 утверждали, что низкая корреляция между двумя показателями тревоги и депрессии – признак дискриминантной валидности двумерного теста. Watson с соавторами в 1995 г. показали, что «феноменологически тревога и депрессия явно отличаются друг от друга». Тем не менее, несмотря на кажущуюся самобытность этих двух понятий, трудно разделить две конструкции в одной анкете. В своем исследовании Ingvar Bjelland в 2002 г. подтвердил высокий уровень чувствительности и специфичности шкалы HADS между тревогой и депрессией, и она может быть использована для своевременного выявления тревожных расстройств и депрессии на всех этапах лечения, в том числе и в ПМСП.

При исследовании влияния кашля на уровень депрессии у пациентов с наличием микобактериозов в Японии, с использованием методики HADS, показало, что кашель является предиктором появления у пациентов депрессивных симптомов в 26,3 %, что в последующем послужило предпосылкой для консультации этих пациентов психологом [243]. Исследователи Северо-западного региона России выявили невысокий уровень распространенности субклинически и клинически выраженной тревоги у лиц со стойкими нарушениями вентиляции в 18,4 % случаев, депрессии 21,3 % в то же время у них отмечалась тенденция к более выраженным проблемам со здоровьем и более низкой самооценки своего

здоровья [105].

Тревога и депрессия являются наиболее часто встречающимися психическими расстройствами среди населения в целом [269]. Исследования распространенности этих двух состояний в разных странах среди больных ТБ, показывает, что в Пакистане тревога составляет 46,3 %, депрессия 47,2 % [269]. Румынии – 72,8 % и 38,98 % соответственно [178], в Греции 40,6 % – тревога, 10 % – депрессия [154]. Распространенность этих двух состояний у больных ТБ выше по сравнению с населением в целом, которое составляет от 3–17 % депрессии и от 7 до 82,3 % тревоги (Benjamin J. S., 2004). Пьянзова Т. В с соавт. в (2015) показала, что пациенты с хроническими формами ТБ страдают как тревогой, так и депрессией в 28 % случаев. В результате исследования Wang (2018), посвященному воздействию специфического поражения трахеобронхиального дерева на распространенность депрессии и тревоги среди больных ТБ, было определено, что риск развития тревожно-депрессивных состояний связан с одышкой, вызванной стенозом бронхов. Авторы отмечают, что симптомы депрессии чаще выявлялись у пациентов с таким социальным фактором, как низкий доход [244]. В своем исследовании Bereket Duko в 2015 г. показал, что депрессия и тревога у больных туберкулезом имели статистическую взаимосвязь с сопутствующей ВИЧ-инфекцией, плохой социальной поддержкой, женским полом, алкогольной и табачной зависимостью, с интенсивной фазой лечения. В. Duko рекомендовал анкету HADS использовать для скрининга и коррекции этих двух состояний [185].

Залогом успешного лечения является оценка параметров качества жизни, ассоциированных с болезнью, позволяющих определять влияние заболевания на психоэмоциональное состояние пациента (ВОЗ, 1997 г.) [86].

Существенно возросла исследовательская активность в области изучения качества жизни больных, с использованием неспецифического опросника SF-36 (The Short Form-36), как одного из важнейших показателей эффективности здравоохранения [16, 28, 48, 73, 186, 189, 229, 245, 246].

Методика проведения тестирования с помощью опросника SF-36

предназначена для исследования неспецифического качества жизни, связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики того или иного лечения. SF-36 была разработана на основании крупного исследования исходов заболеваний (Medical outcomes Study), проведенного в США в 80-х годах прошлого столетия, автором является John E. Ware. В 1998 году опросник был валидизирован сотрудниками аналитического сектора Межнационального Центра исследования качества жизни в Санкт-Петербурге, который был использован для изучения качества жизни 2 114 жителей Санкт-Петербурга. Сенкевич Н. Ю. в 1997 г. провел оценку влияния образовательных программ в пульмонологии (астма-школы) на качество жизни больных бронхиальной астмой [111]. Результаты исследования показали высокую согласованность с характеристиками качества данных исследований, проведенных в других странах. Российская версия опросника SF-36, адаптированная к фтизиатрии, обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения популяционных исследований качества жизни в России, [47]. Исследования при помощи шкалы SF-36 проведены у больных ТБ и за рубежом [157, 173].

Неоднократные исследования качества жизни у больных с разными хроническими заболеваниями показали зависимость снижения качества жизни на фоне выраженных клинических проявлений болезни. Так у пациентов с длительно протекающей ХОБЛ, ухудшение качества жизни, связанного со здоровьем, влияет плохое качество сна [157]. В последние годы в своих исследованиях авторы предлагают включить изучение критериев качества жизни для оценки контроля за течением хронических заболеваний, например бронхиальной астмы [173]. В своем исследовании автор предлагает постепенное и более широкое использование самостоятельного заполнения анкеты пациентом для интеграции субъективной оценки своего состояния на фоне контроля бронхиальной астмы. По данным исследований ряда авторов, у больных при сочетании туберкулеза с заболеваниями, снижающими иммунитет, в свою очередь значительно ослабляли физическое и психическое функционирование, ухудшая качество жизни.

В исследовании американских ученых с целью оценки качества жизни и распространенности тревоги и депрессии у больных туберкулезом с использованием анкет HADS и SF-36, была выявлена взаимосвязь тревоги с табакокурением, предыдущим отказом от лечения, депрессии с наличием ВИЧ-инфекции, кроме того качество жизни этих пациентов было низким [181].

РЕЗЮМЕ

Таким образом, динамика распространенности ТБ во всем мире, в том числе в России, имеет тенденции к снижению, в то же время отмечен рост числа случаев МЛУ ТБ/ВИЧ во многих регионах РФ и требует постоянного наблюдения и контроля. Изучение наряду с социальными факторами неблагополучия пациентов, низкой мотивации к лечению больных, как с ТБ, так и ВИЧ-инфекцией, требует анализа их личностных характеристик и изучения психоэмоционального статуса.

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Организация и дизайн исследования

В работе представлены эпидемиологические данные по сочетанной инфекции (СИ) у пациентов с впервые выявленным лекарственно-устойчивым туберкулёзом (ВВ ЛУ ТБ) и ВИЧ-инфекцией в Сибирском федеральном округе (СФО), Новосибирской области (НСО) и г. Новосибирске, а также социальные, медицинские, психоэмоциональные характеристики пациентов с СИ. Исследование проводилось с 2017 по 2020 гг. в три этапа.

I этап (эпидемиологический) – анализ доли впервые выявленных больных ТБ в сочетании с ВИЧ инфекцией в 2010–2018 гг. по отдельным областям СФО с целью изучения состояния ситуации по проблеме СИ в СФО и определения места НСО и г. Новосибирска в структуре общей картины, а также определение заболеваемости в НСО и г. Новосибирске. Основой исследования явились данные отчётов формы № 33.

II этап (амбулаторный) проведен с целью определения медико-социальных характеристик больных с впервые выявленной СИ на амбулаторном этапе. Проанализированы данные 639 карт № 263/у-ТВ персонального учета впервые выявленных больных туберкулёзом в сочетании с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ) по НСО и г. Новосибирску за 2014 и 2018 гг. Было сформировано 4 группы: I – на основании данных 188 карт ВВ больных ТБ/ВИЧ за 2014 г., проживающих в НСО, II – 148 карт больных ТБ/ВИЧ г. Новосибирска за 2014 г., III группа – 168 карт больных ТБ/ВИЧ из НСО за 2018 г. и IV группа – 135 карт больных ТБ/ВИЧ г. Новосибирска за 2018 г., наблюдавшихся в ГБУЗ НСО «Новосибирский областной противотуберкулезный диспансер». Тип исследования ретроспективный, когортный.

На III этапе (клиническом) проводили непосредственную работу с ВВ пациентами с МЛУ ТБ и ВИЧ-инфекцией. Изучали данные клинико-рентгено-лабораторного обследования, представленные в медицинских

картах стационарных больных (учетная форма 025/у), учетных формах № 01/у, а также рентгенологические архивы. С целью персонального изучения качества жизни, социального и психоэмоционального статуса больных с СИ, проводилось их анкетирование при поступлении в стационар – первичное и повторное в динамике через 3 месяца. Использовали следующие опросники, шкалы: ЛОБИ – Личностный Опросник Бехтеревского института, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – шкала тревоги и депрессии, SF-36 – The Short Form-36 – неспецифический опросник для оценки качества жизни пациента. Опросники представлены в Приложении. Основную (IA) группу составили 133 ВВ пациента с МЛУ ТБ/ВИЧ, жителей города и НСО, находящихся на лечении в стационаре ГБУЗ НСО «Государственная областная клиническая больница туберкулезная больница» филиал № 1. Вторую (ИБ) контрольную группу составил 61 ВВ пациент с МЛУ ТБ без ВИЧ-инфекции, проживающих в г. Новосибирске и НСО и находящихся на лечении в ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России. Тип исследования – когортный.

Таблица 1 – Дизайн исследования

Этапы исследования	Задачи	Группы
1 этап: эпидемиологический	1. Изучить эпидемиологические особенности сочетанной инфекции – ТБ/ВИЧ в различных регионах СФО, в сельских и городских районах Новосибирской области.	Данные статистических отчетов
II этап: амбулаторный	2. Определить основные предикторы низкой приверженности пациентов к выявлению как ВИЧ-инфекции, так и туберкулеза на амбулаторном этапе в сельских и городских районах НСО.	Проведен анализ данных 639 карт № 263/у-ТБ персонального учета больных ТБ/ВИЧ, наблюдавшихся в ГБУЗ НСО ПТД в 2014 г. и в 2018 г. I группа – 188 карт

		пациентов НСО, 2014 г. II – 148 карт больных в г. Новосибирске, 2014 г. III – 168 карт пациентов с впервые выявленным ТБ/ВИЧ в НСО, 2018 г. IV – 135 карт впервые выявленных больных ТБ/ВИЧ в г. Новосибирске, 2018 г.
III этап: клинический	3. Определить факторы, влияющие на приверженность к лечению и его эффективность в условиях противотуберкулезного стационара больных МЛУ ТБ/ВИЧ. 4. Изучить личностные, психоэмоциональные особенности пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ, с использованием опросников – ЛОБИ, HADS, SF-36 с целью определения критериев приверженности к лечению на стационарном этапе. 5. Разработать тактику индивидуального подхода к раннему выявлению ТБ и ВИЧ-инфекции, контролируемого наблюдения и лечения при взаимодействии фтизиатрической, инфекционной, психологической служб с учетом медико-социального, психоэмоционального статуса больных МЛУ ТБ/ВИЧ	IA группа – 133 пациента с МЛУ ТБ/ВИЧ из города и НСО, лечение ГБУЗ НСО «ГОКБ ТБ № 1» IIБ группа – 61 пациент с МЛУ ТБ без ВИЧ-инфекции из города и НСО, лечение в ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России. Проведен анализ медицинской документации, индивидуальное анкетирование: ЛОБИ, HADS, SF-36.

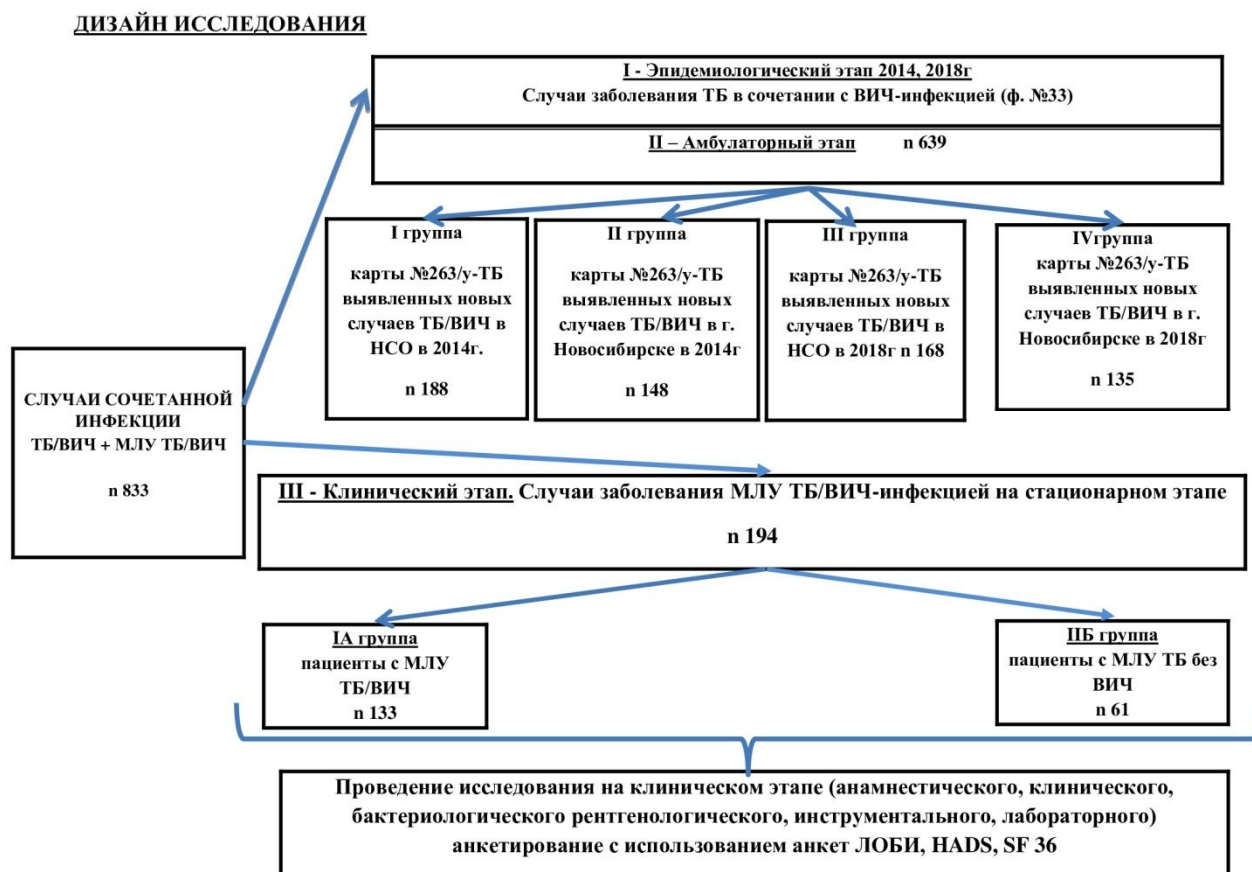


Рисунок 1 – Дизайн исследования

2.2 Эпидемиологические методы исследования

В соответствии с методическими рекомендациями «Индикативное сопровождение организации противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации» проводился расчет некоторых эпидемиологических показателей в районах города Новосибирска и Новосибирской области среди взрослого населения.

Заболеваемость – ведущий показатель общественного здоровья, отражающий выявляемость заболеваний среди населения при обращении населения за медицинской помощью, проведении медицинских осмотров населения, изучении причин смерти, проведении комплексных социально-гигиенических исследований.

Учитывая влияние эпидемии ВИЧ-инфекции на эпидемический процесс при туберкулезе, был рассчитан показатель заболеваемости туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией (у взрослого населения): случаи сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди впервые выявленных больных туберкулезом (форма ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом») $\times 100\,000$ / случаи регистрации в течение года лиц, в крови которых выявлены антитела к ВИЧ, за исключением находившихся в подразделениях УИН.

Расчет показателя заболеваемости впервые выявленной ТБ/ВИЧ у взрослых проводился по формуле:

$$З\text{ ТБ/ВИЧ} = ВВ\text{ ВИЧ} / \text{ТБ} : Н \times 100\,000,$$

где З ТБ/ВИЧ – заболеваемость ТБ/ВИЧ;

ВВ ВИЧ/ТБ – впервые выявленные с ТБ/ВИЧ;

Н – население данного района.

Доля больных ВИЧ-инфекцией среди впервые выявленных пациентов туберкулезом взрослого населения рассчитывался по данным формы ФСН № 33 «Сведения о больных туберкулезом»: случаи сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди впервые выявленных больных туберкулезом $\times 100$ / все случаи впервые выявленного туберкулеза. Доля больных ТБ/ВИЧ взрослого населения рассчитывалась по формуле:

$$Д = n\text{ТБ} / \text{ВИЧ} / n\text{ВВТБ},$$

где Д – доля больных ТБ/ВИЧ;

n ТБ/ВИЧ – число впервые выявленных больных ТБ/ВИЧ;

n ВВТБ – число впервые выявленных больных туберкулезом.

2.3 Клинические методы обследования

Результаты обследования каждого пациента вносились в разработанную базу данных. Паспортная часть включала: пол, возраст, образование, социальный статус (работающий, неработающий в трудоспособном возрасте без уважительной причины, инвалид по туберкулезу, источники и уровень дохода – удовлетворительный, неудовлетворительный, уровень среднемесячного заработка. Также учитывались данные о семейном положении, условия проживания (постоянное, не постоянное жильё, БОМЖ), пребывание в местах лишения свободы (МЛС), наличие зависимости – табачной, алкогольной, наркотической, их сочетание и продолжительность (употребления зависимостей), установленные врачом-наркологом. Осмотр, заключение психиатра-нарколога проводился при поступлении больного с сочетанной инфекцией в противотуберкулёзный стационар, далее по индивидуальным показаниям – появлению особенностей в поведении, состоянии.

Обязательными разделами базы данных были сведения об эпидемиологическом анамнезе по туберкулёзу: наличии или отсутствии контакта с больными ТБ; особенностями контакта пациента с источником туберкулезной инфекции – семейный, в МЛС; результатам флюорографического исследования (ФЛГ) за последние 2–3 года, а также инфекционном анамнезе – наличии ВИЧ-инфекции. В базе данных отражены сведения о диагностике, течении ВИЧ-инфекции, сроках ее развития относительно сроков диагностики туберкулеза органов дыхания, о путях передачи ВИЧ-инфекции (половой, парентеральный), стадии ВИЧ, наличии оппортунистических заболеваний, хронических вирусных гепатитов (ХВГ), об осведомленности пациента о ВИЧ-инфекции, регулярности обследования у врача-инфекциониста. Обязательными были лабораторные характеристики ВИЧ-инфекции: уровень CD4⁺ и вирусная нагрузка, а также сроки приема, переносимость антиретровирусных препаратов (АРВП). Нашли отражение сведения о жалобах и клинических проявлениях как туберкулёза, так и

ВИЧ-инфекции на момент выявления, при госпитализации, а также при первичном и повторном анкетировании.

Значительный раздел базы данных составили результаты рентгено-лабораторного, бактериологического обследования пациентов в динамике. Исследования проведены в диагностических службах ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России.

В соответствии с задачами исследования уделяли большое внимание приверженности больного к обследованию, лечению. В рекомендациях ВОЗ (WHO, 2003, Adherence to long-term therapies. Evidence for action) под приверженностью пациента к лечению следует понимать соответствие поведения больного рекомендациям, полученным от врача в отношении приема препаратов – противотуберкулёзных (ПТП) и антиретровирусных препаратов, ответственного отношения к собственному лечению, пониманию больным необходимости изменения образа жизни, изменения прежнего режима, характера, объёма питания, способствующих выздоровлению. А также самоконтроль и самодисциплина, доверительное отношение к лечащему врачу, систематическое добровольное выполнение врачебных рекомендаций. О приверженности больных к лечению составляли представление на основании регистрации в медицинской карте стационарного больного в ТБ/01 отметок о пропусках в лечении, записей лечащего врача о нарушении больничного режима, нарушении режима питания, приеме алкоголя, наркотических средств, об отсутствии в стационаре.

2.4 Лабораторные, инструментальные методы обследования

Всем больным на клиничко-стационарном этапе проводилось комплексное лабораторное, бактериологическое, рентгенологическое и инструментальное обследование согласно приказу Минздрава России от 29.12.2014 № 951н «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания».

Обязательное лабораторное обследование включало следующее.

- Общий анализ крови – проводился ежемесячно, определение показателей выполнялось по стандартным гематологическим методам (методикам) при помощи гематологического анализатора.

- Общий анализ мочи исследовали не реже одного раза в месяц согласно стандартным методикам.

- Биохимический анализ сыворотки крови проводили не реже 1 раза в месяц. Для исследования проводился забор крови из локтевой вены (4–5 мл) утром натощак, такие показатели как общий белок, альбумины, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочева кислота, мочевины, креатинин. Клинико-лабораторные исследования были выполнены согласно унифицированным клиническим методам лабораторных исследований (приказ Минздрава России от 25.12.1997 № 380 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», приказ Минздрава России от 21.02.2000 № 64 «Об утверждении номенклатуры клинических лабораторных исследований») (заведующий лабораторией И. В. Тютлина).

- Исследование мокроты на МБТ осуществляли в трех порциях как унифицированными методами окраски по Цилю – Нильсону так и методом люминесцентной микроскопии с использованием окраски флюорохромами – ЛМ приказ Минздрава России от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации». Посев проводился как на плотные питательные среды Ливенштейна – Иенсена или Финн П. Чувствительность МБТ к ПТП изучалась методом абсолютных концентраций на плотной яичной среде Ливенштейна – Иенсена к минимальным и критическим концентрациям и на жидкой питательной среде с применением автоматизированных систем (Bactec MGIT 960) (заведующий бактериологической лабораторией А. Г. Чередниченко). Проведение молекулярно-генетических методов исследования было применено как на догоспитальном, так и стационарном этапах. При подозрении на туберкулез внелегочных локализаций окраску мазков и посевы на плотные питательные среды (ППС) выполняли по

методике с определением спектра резистентности МБТ к ПТП, проводилась полимеразно-цепная реакция (ПЦР) с определением чувствительности к изониазиду и рифампицину; при подозрении на туберкулез внелегочных локализаций проводилось исследование мочи, ликвора, экссудата плевральной полости на наличие МБТ. (заведующий лабораторией А. Г. Чередниченко).

- Исследование крови на наличие маркеров ХВГ В, HBsAg и ХВГС-аHCV, проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА).

- С целью диагностики ВИЧ-инфекции использовали метод ИФА для определения специфических антител к ВИЧ (исследования проводились в ПМСП и ПТД по месту жительства пациентов). Положительные тесты ИФА на антитела к ВИЧ подтверждались методом иммуноблотинга и уровень иммуносупрессии – количество CD4+- лимфоцитов и концентрации РНК ВИЧ – вирусная нагрузка в лаборатории Центра «СПИД» г. Новосибирска.

- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки и/или других локализаций при внелегочном поражении проводилось в виде обзорных рентгенограмм в прямой и боковой проекциях, а также мультиспиральной компьютерной томографии. Рентгенологическое исследование проводилось 1 раз в 3 месяца в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2014 № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания». Рентгенологическая характеристика туберкулезного, легочного процесса вносилась в базу данных в динамике по следующим параметрам: распространенность поражения (количество сегментов), наличие/отсутствие деструкции, деструкций и их характеристика, очагов отсева, выпота в плевральной полости, спаечного процесса), характеристика внутригрудных лимфатических узлов, плевры. Ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, плевральной полости проводилось по показаниям (заведующий рентгенологическим отделением канд. мед. наук И. П. Климова).

- Инструментальные методы обследования проводились при поступлении в стационар и в динамике. Показанием для проведения

фибробронхоскопии (аппарат Olympus BF – T160, BF – 160, BF – P160) являлось наличие МБТ в мокроте при отсутствии деструкции в легочной ткани, наличие симптомов туберкулеза бронхов (упорный кашель), одышки и болей в грудной клетке (заведующий – канд. мед. наук С. В. Склюев).

- Изучение функции внешнего дыхания проводилось на спирографе. Использовали общепринятые критерии оценки тяжести и типа нарушений вентиляционной способности легких. Контроль за функциональным состоянием сердечно-сосудистой системы проводился по общепринятым критериям – данным электрокардиограммы (заведующий – канд. мед. наук Л. Г. Вохминова).

2.5 Методы лечения

Лечение больных проводили с соблюдением основных принципов терапии. В соответствии с приказами Минздрава России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» и от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» для решения вопросов о выборе режима назначаемой терапии, ее продолжительности принималось на врачебной комиссии стационаров. В каждом случае назначаемое лечение рассматривалось индивидуально с учетом спектра ЛУ МБТ, клинических особенностей заболеваний (МЛУ ТБ/ВИЧ), сопутствующей патологии у данного больного, по решению врачебной комиссии схема химиотерапии могла быть скорректирована. Все пациенты на стационарном этапе получали лечение по интенсивной фазе, которая была направлена на устранение клинико-рентгенологических, лабораторных проявлений заболевания, прекращения бактериовыделения. Режимы и длительность противотуберкулёзной терапии на стационарном этап^{ах}, учитывались сроки прекращения бактериовыделения разными методами. В течение всего курса лечения отмечали все возникающие побочные реакции на противотуберкулёзные (ПТП) и АРВП. Противотуберкулёзная терапия больным проводилась по IV и V режимам химиотерапии в соответствии с Приказом

Минздрава России от 29.12.2014 № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания» согласно полученным результатам теста на лекарственную чувствительность МБТ. Результаты клинико-рентгено-лабораторной динамики оценивались через 3 месяца от начала лечения. Проявления побочных реакций – аллергические, токсические, токсико-аллергические, возникшие на прием ПТП, АРВП фиксировались в медицинской документации и регистрационной форме ТБ 02/у по лечению больных с МЛУ (ШЛУ) ТБ антибактериальными препаратами второго ряда. По показаниям проводилась патогенетическая и симптоматическая терапия.

Антиретровирусная терапия назначалась врачом инфекционистом с учетом стадии ВИЧ-инфекции, уровня CD4+, ВН, фазы туберкулезного процесса, схемы противотуберкулезной терапии переносимости, сопутствующей патологии, с целью максимального подавление размножения ВИЧ, что сопровождается снижением содержания РНК ВИЧ в крови (вирусной нагрузки) до неопределяемого (методом ПЦР) уровня в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых 2014 г. и Клиническими рекомендациями Минздрава России «ВИЧ-инфекция у взрослых», 2017 год.

2.6 Анкетирование пациентов

С целью оценки и проведения анализа психоэмоциональных особенностей, определения качества жизни больных с сочетанными инфекциями в условиях стационара проводилось по опросникам, шкалам: ЛОБИ (Личностный Опросник Бехтеревского института), разработанный с целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с нею личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями; HADS – шкала тревоги и депрессии, разработанная для первичного выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики; SF 36 – для определения

уровня качества жизни пациентов. С учетом социального статуса пациентов с ВВЛУ ТБ/ВИЧ, шкалы – ЛОБИ, HADS, SF-36 могут быть использованы как скрининговые опросники, так как формулировки вопросов в них просты и понятны.

Анкетирование по опросникам было проведено на разных этапах лечения: при поступлении в стационар 194 пациентам и через 3 месяца от начала лечения в стационаре – в динамике 110 больным. Этот срок был избран в связи с тем, что в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2014 № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания» рентгенологический контроль лечения больных с МЛУ туберкулезом проводится каждые 3 месяца при лечении по IV и V режимам химиотерапии (ХТ).

Перед проведением анкетирования пациент подписывал добровольное информированное согласие на участие в исследовании, после предоставления информации о состоянии его здоровья в доступной форме, о сочетании заболеваний. Также больные имели возможность задать вопросы, касающиеся их здоровья, и получали исчерпывающие ответы только от врача фтизиатра (лечащий врач).

Опросник ЛОБИ – Личностный Опросник Бехтеревского института представлен в Приложении А. Выявляют 13 личностных типов-характеристик.

1) Гармоничный: оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые остаются доступными больному. При неблагоприятном прогнозе – сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своем деле.

2) Тревожный: непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений и даже опасности

лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондриков больные больше интересуются объективными данными болезни (результаты анализов, заключение специалистов), чем собственными ощущениями. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность – вследствие этой тревоги.

3) Ипохондрический: сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и высказывание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда большинства процедур.

4) Меланхолический: удрученность болезнью, неверие в выздоровление, возможное улучшение, эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

5) Апатический: полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что раньше волновало.

6) Неврастенический: поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, неудачах лечения, неблагоприятных данных обследований. Раздражение, которое нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпимость. Неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность.

7) Обсессивно-фобический: тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе,

семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

8) Сенситивный: чрезмерная озабоченность больного о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни. Опасения, что окружающие станут избегать его, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться к нему, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

9) Эгоцентрический: «уход в болезнь». Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний в целях завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить всё и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

10) Эйфорический: необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получить от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказаться на течении болезни.

11) Анозогностический: активное отбрасывание мысли о болезни, о ее возможных последствиях. Отрицание очевидных признаков болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».

12) Эргопатический: «уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе

отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы оставалась возможность продолжать работу.

13) Паранойяльный: уверенность в том, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность по отношению к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования показаний в связи с этим.

В соответствии с пособием для врачей «Психологическая диагностика отношения к болезни» МЗ РФ Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им В. М. Бехтерева от 2005 г., рекомендаций по проведению анализа полученных результатов по анкете ЛОБИ, выявленные типы реагирования объединены в блоки. Типы отношений к болезни объединены в три блока в соответствии с психической и социальной адаптацией пациентов.

Первый блок включает в себя: гармоничный, эргопатический, анозогнозический и эйфорические типы. Пациенты с гармоничным типом реагирования на болезнь адекватно оценивают свое состояние, мотивированы на лечение, активно выполняют все назначения врача, сохраняют социальное функционирование. В то же время пациенты трех других типов наоборот не критично относятся к своему состоянию, преуменьшают роль заболевания вплоть до его вытеснения и отрицания факта заболевания, сочетая с поведенческими нарушениями в виде отсутствия соблюдения режима лечения, смешливости, дурашливости, бравирования. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих типов отсутствуют, что и позволяет их объединить в один блок. У пациентов с типом личности, объединенных в данный блок, отношение к болезни характеризуется стремлением преодолеть заболевание, с сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.

Во второй блок объединены типы отношения к болезни с интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь с ориентацией личности на отклонение своего внутреннего восприятия болезненных эмоций,

соматических состояний и жизни относительно заболевания. У пациентов с этими типами реагирования эмоциональная сфера связана с тревожным, подавленным, угнетенным состоянием, проявляющимся в дезадаптивном поведении и отказе от борьбы с заболеванием.

В третий блок объединены типы реагирования на болезнь с интерпсихической направленностью личностного реагирования и нарушения социальной адаптации, которое проявляется ориентацией личности на отклонения социального поведения в отношении окружающих людей и жизненных проблем в целом. Стыдливость за свое заболевание в последующем переходит в паранойяльный характер относительно причин болезни и эмоциональные проявления носят агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем заболевании.

Диагностика типа осуществляется в соответствии со следующими правилами:

1) диагностироваться могут только типы, в отношении которых набрано такое число баллов, которое достигает или превышает минимальное диагностическое число для данного типа;

2) если минимальное диагностическое число достигнуто или превышено в отношении нескольких типов, диагностируется 2-3 типа, где превышение наиболее велико, если же этого сделать не удастся, то никакой тип не диагностируется – не регистрируется тип отношения личности к болезни. Эти пациенты ложно отвечают на поставленные вопросы в анкете, выбирая пункт из ответов – «мне ни один из ответов не подходит», повторяясь от вопроса к вопросу;

3) гармоничный тип диагностируется только, если согласно правилам 1 и 2 не диагностируется никакой другой тип. В сочетаниях гармоничный тип не диагностируется;

4) если при проведении диагностического типа определяется шкала с максимальной оценкой относительно других шкал, то диагностируется «чистый

тип» – соответствующий этой шкале, если две или три, то «смешанный», если более трех – «диффузный».

Опросник HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale, опросник тревоги и депрессии представляет вопросы, разделенные на две субшкалы – «тревога» и «депрессия». Вопросы шкалы «тревога» обозначены нечетными номерами, а раздела «депрессия» – четными.

После ответа пациента на вопросы, отдельно подсчитываются баллы четных и нечетных пунктов. В итоге получаются две оценки – для каждой шкалы.

Пункты как первой, так и второй субшкалы представляют собой утверждение, каждому из которых соответствует 4 варианта ответа. Пациент получает бланк с вопросами теста и задачу: выбрать вариант, наиболее соответствующий субъективному состоянию, которое он испытывает на протяжении последних семи дней. Опросник выдается пациенту отдельно от комментариев, интерпретирующих результат, чтобы исключить возможное влияние на объективность исследования.

Заключение о состоянии пациента делается на основании суммы баллов по каждому из разделов. Интерпретация результатов осуществляется следующим образом:

- от 0 до 7 баллов – норма, у пациента, набравшего такой результат, отсутствуют достоверные, клинически значимые симптомы тревожности или депрессии;
- от 8 до 10 баллов – субклинически выраженный синдром (тревога или депрессия);
- 11 и выше – клинически выраженная тревога/депрессия. Пациенту, показавшему подобные результаты, в перспективе показана консультация профильного специалиста. Опросник представлен в Приложении Б.

Опросник SF-36, используемый для определения физического и психологического здоровья пациентов. Из 36 пунктов опросника сгруппированы восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование,

эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Количественно оцениваются показатели, представленные в таблице.

Таблица 2 – Наименование шкал анкеты SF-36 и характеристика показателей, составляющих физическую и психическую компоненты здоровья

Наименование шкалы	Показатель	Характеристика показателя
Физическая компонента здоровья		
Physical Functioning (PF)	Физическое функционирование	отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.
Role-Physical Functioning (RP)	Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.
Bodilypain (BP)	Интенсивность боли	отражает влияние боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

Продолжение таблицы 2

Наименование шкалы	Показатель	Характеристика показателя
General Health (GH)	Общее состояние здоровья	оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.
Психическая компонента здоровья		
Vitality (VT)	Жизненная активность	подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.
Social Functioning (SF)	Социальное функционирование	определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.
Role-Emotional (RE)	Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.
Mental Health (MH)	Психическое здоровье	характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

После подсчета баллов по шкалам показателей «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья», проводится расчет общего балла анкеты SF-36.

Анкета представлена в Приложении В.

По завершению работы пациентов с опросниками проводилось сопоставление результатов ответов больных по разным анкетам, что позволило обнаружить индивидуальные психоэмоциональные состояния больных, выявить разные варианты отношения пациентов к своей болезни, прогнозировать дальнейшее лечение и его результат в условиях стационара.

2.7 Критерии включения и исключения в исследование

Критерии включения:

- больные с сочетанной инфекцией – ТБ/ ВИЧ-инфекцией:
с впервые выявленным лекарственно-устойчивым туберкулёзом лёгких с клинико-рентгено-бактериологическим подтверждением (ВИЧ-инфекцией, подтвержденной инфекционной службой);
- больные с впервые выявленным лекарственно-устойчивым туберкулёзом лёгких с клинико-рентгено-бактериологическим подтверждением, но без ВИЧ инфекции;
- пациенты с согласием на добровольное участие в анкетировании и тестировании;
- пациенты обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет;
- жители города Новосибирска;
- жители НСО.

Критерии невключения:

- возраст пациентов младше 16 и старше 60 лет;
- отказ от участия в проведении анкетирования и тестирования.

2.8 Статистическая обработка результатов

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office 2019 для работы с электронными таблицами и IBM SPSS Statistics v.27. Количественные показатели представлялись в виде среднего значения и его стандартного отклонения. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число и относительная величина в процентах. Характер распределения количественных данных оценивался с помощью критерия Колмогорова – Смирнова, а также показателей асимметрии и эксцесса.

В случае нормального распределения количественные данные представлены средними арифметическими величинами (M) и стандартными отклонениями (SD), 95 % доверительным интервалом (95 % ДИ).

В случае, если распределение признака отличается от нормального, количественные данные представлены при помощи медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1–Q3).

Для представления качественных признаков использовали относительные показатели (доли, %) с указанием абсолютных величин.

Сравнение 2-х независимых групп по одному или нескольким признакам, имеющим хотя бы в одной из групп распределение, отличное от нормального, или если вид распределений не анализировался, проводилось путем проверки статистической гипотезы о равенстве средних рангов с помощью критерия Манна – Уитни (Mann – Whitney U-test).

Сравнение номинальных данных 2-х независимых групп проводилось при помощи критерия χ^2 Пирсона (Pearson's chi-squared test).

В случае анализа четырехпольных таблиц при ожидаемом числе наблюдений хотя бы в одной ячейке менее 10, но более 5, рассчитывался критерий χ^2 с поправкой Йейтса (Yates's correction for continuity).

Если число ожидаемых наблюдений в любой из ячеек четырехпольной таблицы было менее 5, для оценки уровня значимости различий использовался точный критерий Фишера (Fisher's exact test).

Сравнение средних показателей 2-х связанных выборок проводилось с использованием парного t-критерия Стьюдента (paired Student's t-test).

Сравнение 2-х связанных групп по количественному признаку, распределение которого отличалось от нормального, проводилось с применением W-критерий Уилкоксона (Wilcoxon's signed-rank test).

Для сравнения изменения структуры между 2-мя связанными группами использовался тест Мак-Немара (McNemar's test).

Оценка связи между порядковыми и количественными признаками, распределение которых отличалось от нормального, коэффициент ранговой корреляции Спирмена (Spearman's rank correlation coefficient/ Spearman's ρ).

ГЛАВА 3 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПО СИБИРСКОМУ ФЕДЕРАЛЬНОМУ ОКРУГУ, НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ И ГОРОДУ НОВОСИБИРСКУ

Проведен сравнительный анализ доли больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в разных областях Сибирского федерального округа (СФО) с 2010 по 2018 гг., в том числе и Новосибирской, а также сравнительный анализ сочетанной инфекции – ТБ/ВИЧ в разных районах Новосибирской области (НСО) с 2014 по 2018 гг. и в отдельных районах г. Новосибирска.

3.1 Анализ доли больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 2010–2018 гг. в Сибирском федеральном округе

С 2010 по 2018 гг. СФО состоял из 12 регионов: Алтайского, Красноярского краев, Иркутской, Омской, Томской, Новосибирской, Кемеровской областей, республик – Алтай, Тыва и Хакасия. Республика Бурятия и Забайкальский край в 2018 г. были выведены из состава СФО, в связи с этим исследование проводилось по 10 регионам СФО. Изучение доли больных ТБ/ ВИЧ-инфекцией, взятых на учет в 2010–2018 гг. по 10 субъектам СФО, свидетельствует о ее неуклонном росте. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Доля больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 2010–2018 гг. в СФО

Годы	Доля больных	
	абс.	%
2010	1 511	7,5
2011	2 000	10,0
2012	2 330	12,7
2013	2 618	15,1
2014	3 253	19,8
2015	3 814	23,4
2016	3 950	25,5
2017	3 863	27,3
2018	3 968	32,5

При изучении доли больных ТБ/ВИЧ в областях, регионах СФО установлено, что начиная с 2010 г., наблюдалось ее увеличение от 7,5 % до 32,5 % в 2018 г. Доли больных с впервые в жизни установленным диагнозом ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией и взятых на учет в отчетном году по субъектам СФО с 2010 по 2018 гг. представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Анализ динамики доли больных (%) туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией с впервые в жизни установленным диагнозом по субъектам СФО в разные годы (2010–2018 гг.)

Годы	Субъекты СФО						
	Омская область	Томская область	Алтайский край	Красноярский край	Новосибирская область	Иркутская область	Кемеровская область
2010	2,8	1,8	—	—	3,3	17	10,1
2011	4,7	2,8	10,6	9,3	6	19,7	13,5
2012	7,1	2,4	16,1	11,7	8,4	23,5	16,8
2013	7,2	9	18,1	13,3	13,8	21,8	21,8
2014	13,5	15,7	23,3	17,1	21	23,6	28,6
2015	18,9	20,9	26	17,4	24,2	32,2	33,4
2016	21,1	19,8	23,5	23,2	28	33,4	35,8
2017	22	26,7	24,1	25,4	29,9	30,4	39,8
2018	29,8	36,2	22,5	28,2	31,8	33,9	44,8

Данные, представленные в таблице 4, свидетельствуют о ежегодном росте доли больных с сочетанной инфекцией во всех административных единицах СФО. При этом, из 10 субъектов СФО, ведущей областью по наличию сочетанной инфекции, с 2010 г. была Иркутская. Начиная с 2014 года, лидирующие позиции занимает Кемеровская область, в 2018 г. достигая значений 44,8. В Красноярском крае, доля больных ТБ/ВИЧ более 20 % отмечена в 2016 г., к 2018 г. – 28,2 %. Нестабильность показателей выявлена в Алтайском крае, максимальные значения доли больных ТБ/ВИЧ достигли в 2015 г. – 26 %, с последующим снижением к 2018 г. до 22,5 % в 2018 г. Некоторое время Томская и Омская области были достаточно благополучными по ко-инфекции, уровень не превышал 20 %, однако в последние годы, начиная с 2015 г., отмечен неуклонный рост и Томская область становится в ряд с неблагополучными областями, достигая к 2018 г. 36,2 %, Омская приблизилась к отметки 30 % в 2018 г.

Новосибирская область набирала темп прироста больных с сочетанной инфекцией: 3,3 % – 8,4 % – 13,8 % – 2010–2013 гг., в 2014 г. впервые отмечено увеличение роста доли впервые выявленных больных с сочетанной инфекцией на 7,2 % по сравнению с 2013 г. С каждым последующим годом доля больных с СИ увеличивалась и к 2018 г. достигла максимальных значений – 31,8.

Из 10 субъектов СФО остаются благополучными по ТБ/ВИЧ 3 Республики – Тыва, Хакасия и Алтай. На графике 1 представлены доли больных в 3-х благополучных территориях с впервые в жизни установленным диагнозом ТБ/ВИЧ с 2010 по 2018 гг.

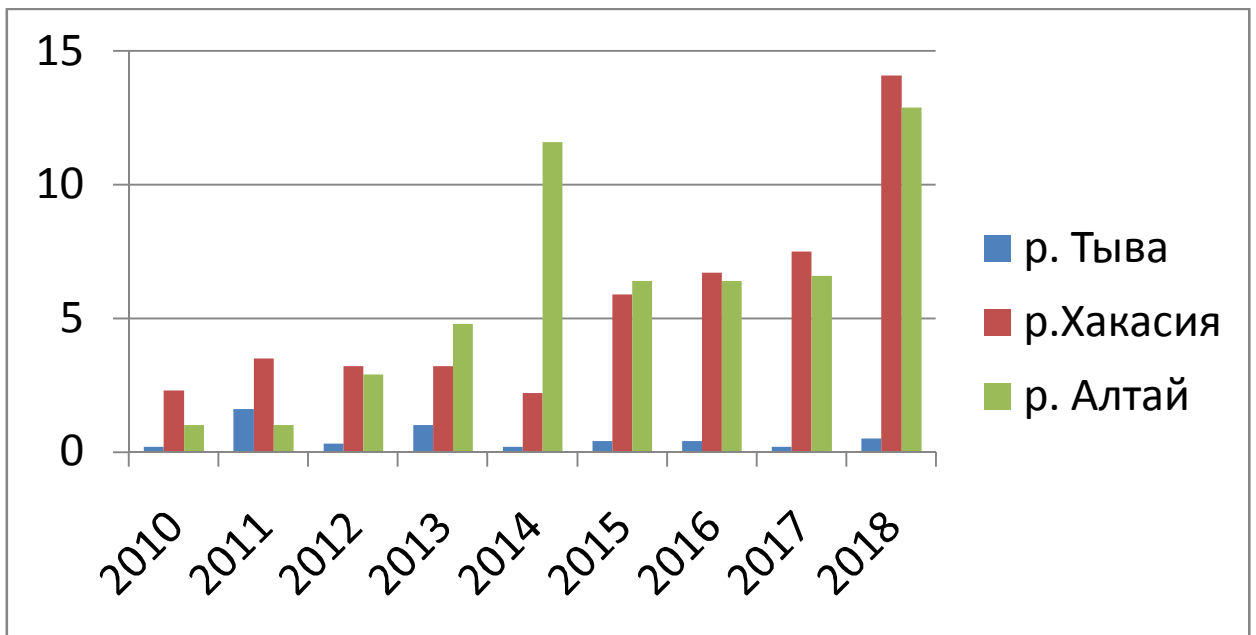


Рисунок 2 – Доля больных с впервые в жизни установленным диагнозом ТБ/ВИЧ с 2010 по 2018 гг. в 3 благополучных территориях СФО

Данные графика свидетельствуют о стабильно низком уровне, не превышающем 2 % доли больных ТБ/ВИЧ в республике Тыва с 2010 по 2018 гг. В республике Алтай максимальные значения – более 10 % были отмечены в 2014 и 2018 гг. В остальные годы в республике Алтай и Хакасии уровень доли больных с сочетанной инфекцией не превышал 7,5 %. Однако с 2018 г. в этих же республиках отмечено увеличение доли больных ТБ/ВИЧ, при этом сохраняются меньшие значения, чем на других территориях СФО (Рисунок 2).

Таким образом, исследование доли больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией взятых на учет в 2010–2018 гг., из 10 субъектов СФО, свидетельствует об ее неуклонном росте, при этом остаются благополучными по СИ 3 республики – Тыва, Хакасия и Алтай.

На карте-схеме Новосибирской области коричневым цветом отмечены наиболее неблагополучные районы по сочетанной инфекции.

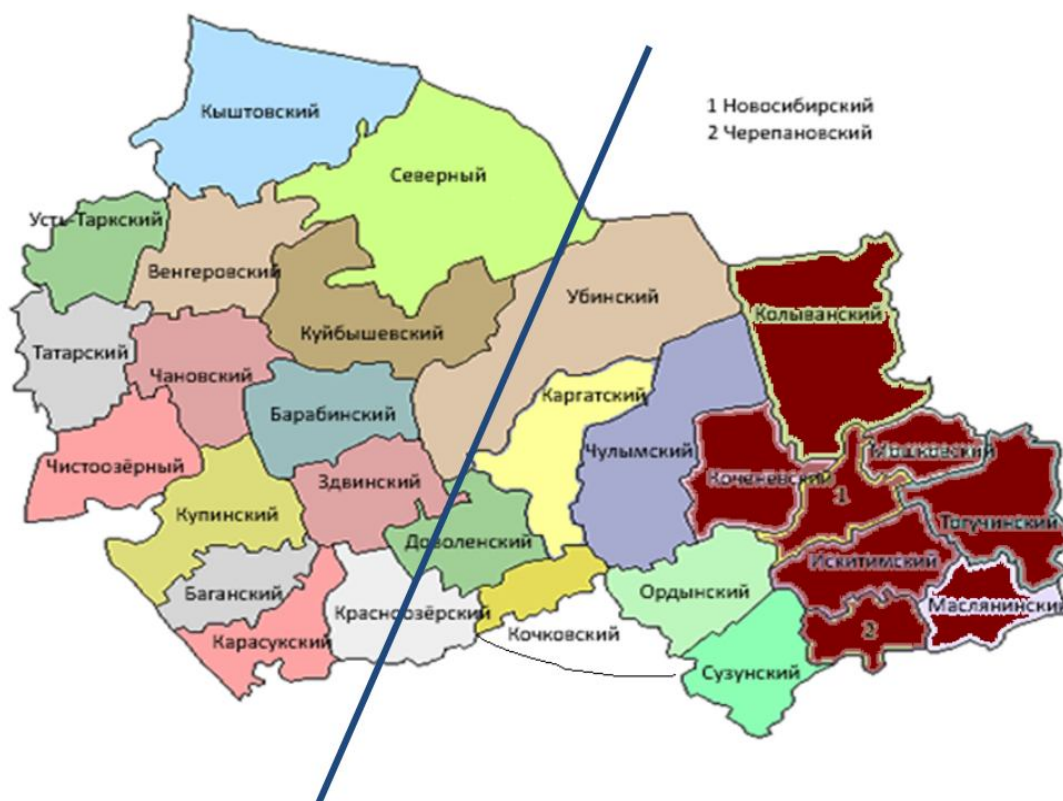


Рисунок 3 – Карта-схема 1. Районы Новосибирской области с высоким уровнем
заболеваемости ТБ/ВИЧ среди взрослого населения
(выделены коричневым цветом)

Районы НСО были распределены на условно отдаленные районы, располагающиеся за 150–200 км от областного центра, отдаленные на 300–400 км и находящиеся в непосредственной близости до 100 км от города Новосибирска.

Из 30 районов Новосибирской области, в течение 4-х лет – с 2014 по 2018 гг.

лидируют одни и те же районы, прилежащие к районному центру, по росту показателя заболеваемости среди впервые выявленных больных с СИ, тогда как в отдаленных районах диагностируются единичные случаи.

Таблица 5 – Показатель заболеваемости ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в отдаленных районах НСО (на 100 тыс. населения)

Районы НСО	2014	2015	2016	2017	2018
Кыштовский	11,5	23,5	0	0	12,7
Баганский	16,6	0	8,6	0	26,1
Венгеровский	6,6	13,4	0	13,8	13,9
Татарский	6,6	6,6	6,7	6,7	3,42
Северный	0	—	—	—	0
Усть-Тарский	0	—	—	—	0

Данные таблицы свидетельствуют, о том, что показатель заболеваемости превысил 20 однократно в Кыштовском районе в 2015 г. и в Баганском в 2018 г. В остальных районах показатель заболеваемости не превышал 14, а также в Кыштовском, Баганском, Северном и Усть-Тарском районах показатель заболеваемости был нулевым. В Северном и Усть-Тарском районе с 2015–2017 гг. данные отсутствовали.

В таблице 6 представлена заболеваемость ТБ/ВИЧ в некоторых, условно отдаленных районах НСО.

Таблица 6 – Показатель заболеваемости ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в условно-отдаленных районах НСО (на 100 тыс. населения)

Районы НСО / годы	2014	2015	2016	2017	2018
Ордынский	21,1	0	14,5	36,1	32,3
Кочковский	17,3	26,2	8,8	17,7	18,1
Сузунский	7,9	28,0	12,1	20,3	20,3
Чулымский	5,5	22,3	2,3	28,7	17,6

Из данных таблицы следует, что в условно отдаленных районах НСО

отмечен рост заболеваемости ТБ/ВИЧ, но показатели по годам не однозначны.

Таким образом, показатель заболеваемости СИ в условно-отдаленных районах превышает 20, в то время как в Ордынском районе в 2017–2018 гг. превысил 30, в Кочковском и Сузунском районах остался по сути прежним в сравнении с 2017 годом.

Следует отметить, что в 2018 г. отмечен рост заболеваемости ВВ больных с ТБ/ВИЧ, как в некоторых отдаленных, так и условно-отдаленных районах НСО.

В районах, прилежащих к областному центру – г. Новосибирску, выявлены наиболее высокие показатели заболеваемости ТБ/ВИЧ. Данные представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Показатель заболеваемости ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в районах НСО, прилежащих к г. Новосибирску (на 100 тыс. населения)

Районы НСО / годы	2014	2015	2016	2017	2018
Коченевский	59,5	76,9	73,9	62,4	96,0
Черепановский	52,0	66,2	77,5	50,2	50,6
Мошковский	35,4	75,6	60,7	53,3	87,4
Маслянинский	27,7	39,2	39,6	34,2	51,6
Искитимский	26,8	50,5	50,2	52,0	42,6
Колыванский	25,7	41,4	36,5	58,2	59,1
Тогучинский	23,6	32,6	53,2	65,4	50,3

Данные таблицы свидетельствуют, что во всех районах, прилежащих к областному центру, выявлен нестабильно высокий уровень заболеваемости ТБ/ВИЧ, превышающий 30 с 2015 г. По районам ежегодно отмечены колебания на уровне высоких значений. Обращает внимание высокая заболеваемость впервые выявленных пациентов с СИ в промышленно-аграрном, Коченевском районе с 2014 по 2018 гг., достигнув отметки 96,0 к 2018 г. Таким образом, представленные данные свидетельствуют о высокой заболеваемости ТБ/ВИЧ в районах НСО, особенно находящихся в непосредственной близости к городу Новосибирску.

В таблице 8 представлена доля больных с впервые выявленной СИ – ТБ/ВИЧ, проживающих в прилежащих к городу районах НСО с 2014 по 2018 гг.

Таблица 8 – Доля больных (%) с впервые выявленным ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в районах НСО с 2014 по 2018 гг.

Районы НСО / годы	2014	2015	2016	2017	2018
Коченевский	32,3	26,5	31,7	31,4	49,28
Черепановский	29,2	39,3	44,4	30,0	38,3
Мошковский	15,1	29,1	36,5	26,6	36,84
Маслянинский	20,0	17,9	26,9	21,4	50,0
Искитимский	16,3	26,3	28,9	32,9	33,04
Колыванский	18,5	33,3	28,0	30,6	30,56
Тогучинский	12,9	15,8	25,5	27,9	27,85
Средний показатель по НСО	21,0	24,2	28,0	29,9	31,8
Средний показатель по РФ	15,1	17,3	18,7	20,2	22,2

Из таблицы 8 следует, что во всех представленных районах отмечен рост доли больных с впервые выявленной ТБ/ВИЧ в структуре общей заболеваемости.

Таким образом, из 30 районов НСО в 7 районах сложилась неблагоприятная ситуация по заболеваемости ТБ/ВИЧ с тенденцией к ухудшению. При этом следует отметить, что в 2018 г. выявлен рост заболеваемости впервые выявленных больных с СИ, как в отдаленных, так и условно-отдаленных районах НСО.

3.3 Заболеваемость туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией среди взрослого населения в 2010–2018 гг. в г. Новосибирске

При изучении выявления доли впервые выявленных больных с СИ в 10 районах города Новосибирска отмечено, что в последние годы отмечено увеличение заболеваемости ТБ/ВИЧ. (Расчет показателя заболеваемости впервые выявленной ТБ/ВИЧ произведен по формуле, представленной в Главе 2 Материал

и методы).

На рисунке 3 районы города Новосибирска, отмеченные серым цветом, являются промышленными. Это районы с наличием производственных территорий, складов, перегонных пунктов,строек, оптовых рынков и частного сектора, где по большей части работают и живут мигранты из других регионов, областей РФ, стран ближнего зарубежья, а также освобожденные из мест лишения свободы.



Рисунок 4 – Карта-схема 2. Районы города Новосибирска с высокой заболеваемостью впервые выявленной ТБ/ВИЧ инфекции среди взрослого населения (выделены серым цветом)

Заболеваемость ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в районах города Новосибирска представлена в таблице 9.

Таблица 9 – Заболеваемость впервые выявленной ТБ/ВИЧ инфекции среди взрослого населения в районах города Новосибирска за 2014–2018 гг. (на 100 тыс. населения)

Районы города Новосибирска / годы	Заболеваемость				
	2014	2015	2016	2017	2018
Первомайский	41,7	60,0	27,5	41,6	40,2
Ленинский	35,3	36,6	37,8	35,7	42,3
Кировский	25,8	27,7	45,1	52,8	39,5
Дзержинский	28,9	33,8	32,5	36,8	36,1
Калининский	19,4	27,4	20,5	27,8	29,6
Заельцовский	19,7	26,9	35,1	30,2	27,8
Октябрьский	13,8	9,7	15,2	22,8	22,8
Советский	16,3	14,5	18,7	21,3	14,4
Железнодорожный	19,9	18,1	19,9	12,7	25,4
Центральный	13,8	9,2	6,1	4,5	9,1

Из представленных в таблице данных следует, что на протяжении 4-х лет отмечен рост заболеваемости ТБ/ВИЧ во всех районах города Новосибирска, однако лидирующую позицию занимают 4 района города: Первомайский, Ленинский, Кировский и Дзержинский. Показатели заболеваемости в этих районах были выше 30, тогда как в 2014–2015 гг. в Кировском районе, заболеваемость была в пределах 25. Советский и Железнодорожный районы с относительно благополучной обстановкой по СИ. В Центральном – наименьший показатель заболеваемости из всех районов города.

Ежегодно в лидирующих районах растет и доля больных с впервые выявленной СИ в структуре общей заболеваемости впервые выявленных больных туберкулезом. В таблице 10 представлен анализ доли больных с впервые выявленной ТБ/ВИЧ в 2014–2018 гг. среди взрослого населения Новосибирска.

Таблица 10 – Доля больных с впервые выявленной сочетанной инфекцией среди взрослого населения в районах города Новосибирска с 2014–2018 гг.

Районы города Новосибирска / годы	Доля больных (%) с впервые выявленным ТБ/ВИЧ				
	2014	2015	2016	2017	2018
Первомайский	32,6	43,6	24,4	32,6	30,8
Ленинский	31,4	30,7	35,2	39,8	39,1
Кировский	20,9	23,4	34,2	36,1	29,7
Дзержинский	27,3	30,8	32,4	36,1	38,6
Калининский	19,1	31,4	24,1	31,7	35,8
Заельцовский	21,8	29,2	33,6	33,9	30,4
Октябрьский	18,2	13,6	26,7	38,3	23,4
Советский	27,9	24,3	31,4	36,2	34,7
Железнодорожный	26,8	35,7	28,2	20,6	35,9
Центральный	20,9	19,4	18,2	13,0	17,7

Из таблицы 10 следует, что отмечен рост доли больных с впервые выявленной СИ во всех районах города Новосибирска. По росту доли больных с впервые выявленным ТБ/ВИЧ с показателем выше 30 %, лидируют 7 из 10 районов города. Наиболее благополучным остаётся Центральный район – административный центр города.

РЕЗЮМЕ

Проведенные исследования показали ежегодную тенденцию к увеличению числа пациентов с ТБ/ВИЧ в СФО, НСО и в городе Новосибирске. В СФО из 10 субъектов остаются благополучными по СИ 3 республики – Тыва, Хакасия и Алтай.

Из 30 районов НСО наивысший показатель заболеваемости от 50,3 до 96,0 с впервые выявленной сочетанной инфекцией установлен в 7 аграрно-промышленных районах, прилежащих к Новосибирску (Коченевский, Черепановский, Мошковский, Маслянинский, Искитимский, Колыванский и Тогучинский). В этих же районах отмечен и рост доли больных ТБ/ВИЧ.

В Новосибирске из 10 районов отмечен ежегодный рост показателя

заболеваемости и доли больных ТБ/ВИЧ в крупных промышленных районах. Наименьший показатель заболеваемости и доли больных ТБ/ВИЧ в Центральном районе.

Ежегодное увеличение эпидемиологического неблагополучия по заболеваемости и доли больных с впервые выявленной СИ – ТБ/ВИЧ в районах НСО и Новосибирске, послужило предпосылкой для изучения медико-социальных особенностей этой категории пациентов.

ГЛАВА 4 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТБ/ВИЧ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ И г. НОВОСИБИРСКУ В 2014 г. В СРАВНЕНИИ С 2018 г. НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Были изучены характеристики больных ТБ/ВИЧ по полу, возрасту, социальным особенностям в зависимости от места проживания – Новосибирская область (НСО) – группы I и III и город (Новосибирск) – II и IV группы, в разные годы (2014 и 2018 гг.), и представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Гендерные, возрастные и социальные характеристики больных с ТБ/ВИЧ сравниваемых групп в 2014 и 2018 гг.

Признаки	I группа n = 188 НСО 2014 г.		II группа n = 148 город 2014 г.		III группа n = 168 НСО 2018 г.		IV группа n = 135 город 2018 г.		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Мужчины	147	78,2	123	83,1	127	75,6	98	72,6	p < 0,05
Женщины	41	21,8	25	16,9	41	24,4	37	27,4	
Возраст	35 ± 3,2	—	35 ± 3,6	—	37,7 ± 5,3	—	38,8 ± 5,5	—	—
Неработающие	161	85,6	128	86,5	150	89,2	108	80	p < 0,05
Из мест лишения свободы	81*	43,1	85*	57,4	71*	42,2	52*	38,5	II-I p = 0,01 II-III p = 0,009 II-IV p = 0,001
Нарко-, алкогольная зависимость	101*	53,7	102*	68,9	31*	18,5	39*	28,9	II-I p = 0,005 IV-III p = 0,03 I-III p < 0,001 I-IV p < 0,001 II-III p < 0,001 II-IV p < 0,001
Примечание: * – χ^2 Пирсона.									

Данные таблицы свидетельствуют, что во всех группах преобладали мужчины молодого возраста, чаще не работающие. Из мест лишения свободы

(МЛС) в прошлом больных было больше в 2014 г. среди проживающих в городе, чем подобных пациентов из города и области в 2018 г. В то же время в 2018 г. наличие судимости в анамнезе, пребывание в МЛС было одинаково часто, независимо от места проживания. Наркотическая и алкогольная зависимости чаще были выявлены у пациентов СИ, проживающих в городе, чем в НСО, независимо от года исследования.

Проведен анализ частоты и видов контактов у больных ТБ/ВИЧ сравниваемых групп в 2014 г. и в 2018 г. Данные представлены в таблице 12.

Таблица 12 – Наличие и виды контакта у больных ТБ/ВИЧ сравниваемых групп в 2014 и 2018 гг.

Контакт	I группа n = 188 НСО 2014 г.		II группа n = 148 город 2014 г.		III группа n = 168 НСО 2018 г.		IV группа n = 135 город 2018 г.		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Всего контактов	107	56,9	93*	62,8	109*	64,9	59*	43,7	*III-IV p = 0,0003 *II-IV p = 0,001
МЛС	81*	75,7	85*	91,4	71*	65,1	52*	88,1	*II-I p = 0,01 *II-III p = 0,009 *IV-III p = 0,001
Семейный	14*	31,1	4*	4,3	17	15,6	5	8,5	**I-II p = 0,04
Территориальный	12	11,2	4	4,3	21*	19,3	2*	3,4	**I-II p = 0,004
Примечание: * – χ^2 Пирсона, ** – ТТФ.									

Из таблицы следует, что основным видом контакта, независимо от места и времени (годы) проживания, был контакт с больными туберкулёзом в МЛС, тогда как семейный и территориальные контакты были отмечены значительно реже.

Изучены были методы выявления туберкулеза органов дыхания – при профосмотре (флюорографическим методом) или при обращении с жалобами в общую лечебную сеть у больных сравниваемых групп в 2014 г. и 2018 г. Данные представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Методы выявления туберкулеза у больных с сочетанной инфекцией в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

Методы выявления	I группа n = 188 НСО		II группа n = 148 город		III группа n = 168 НСО		IV группа n = 135 город		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
При ФЛГ	95*	50,5	48*	32,4	83*	49,4	50*	37,1	*II-I p < 0,001, *IV-III p = 0,03, *IV-I p = 0,01, *III-II p = 0,002
Обращение с жалобами в ПМСП	93	49,5	100	67,6	85	50,6	85	62,9	—
Примечание: * – χ^2 Пирсона.									

Из таблицы следует, что туберкулез легких у жителей города, как в 2014 г. так и в 2018 г. чаще был диагностирован при обращении в общую лечебную сеть, чем методом ФЛГ обследования. Тогда как у жителей НСО основным методом выявления туберкулёза был флюорографический.

При клинико-рентгенологическом обследовании пациентов были диагностированы преимущественно инфильтративная и диссеминированная клинические формы туберкулеза. Данные представлены в таблице 14.

Таблица 14 – Клинические формы туберкулеза у больных с ТБ/ВИЧ на амбулаторном этапе обследования

Клинические формы туберкулеза	I группа n = 188 НСО 2014 г.		II группа n = 148 город 2014 г.		III группа n = 168 НСО 2018 г.		IV группа n = 135 город 2018 г.		p
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Инфильтративная	91	48,4	52	35,1	85	50,6	67	49,6	I-II p = 0,01 III-IV p = 0,9 I-III p = 0,7 IV-II p = 0,01
Диссеминированная	58	30,8	54	36,5	45	26,8	39	28,9	I-II p = 0,2 III-IV = 0,7
Диссеминированная	58	30,8	54	36,5	45	26,8	39	28,9	I-II p = 0,2 III-IV = 0,7
Другие	14	7,4	14	9,6	18	10,7	12	8,9	I-II p = 0,5 III-IV p = 0,7
Генерализованные	25	13,3	28	18,9	20	11,9	17	12,6	I-II p = 0,17 III-IV p = 0,86
Примечание: Примечание: χ^2 Пирсона.									

Наиболее частыми клиническими формами туберкулёза лёгких у пациентов I, III и IV групп были инфильтративная с поражением 4-5 сегментов, реже – диссеминированная. Тогда как у больных II группы, проживающих в городе, обе формы диагностировались одинаково часто. Во всех группах у части больных были диагностированы поражения других органов. У 14 (7,4 %) пациентов, проживающих в НСО, в 2014 году были выявлены другие формы туберкулезного процесса: туберкулезные плевриты – 10 (71,4 %), очаговый туберкулез 4 (28,6 %). У проживающих в городе другие формы были диагностированы в 2014 г. у 14 (9,6 %) больных, из них туберкулезные плевриты – 8 (57,1 %), фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ) – 6 (42,9 %).

В 2018 году среди других форм туберкулеза у пациентов, проживающих в НСО, в 18 (10,7 %) случаях были диагностированы: очаговый туберкулез – у 7 человек (38,9 %), плеврит – у 7 (38,9 %), ФКТ – у 3 (16,7 %), туберкулезный

спондилит – у 1 (5,5 %). У проживающих в городе в 2018г, другие формы встречались у 12 (8,9 %) больных, из них очаговый туберкулез – 7 (58,4 %), ФКТ – 2 (16,7 %), туберкулез мочеполовой системы – 1 (8,3 %), туберкулезный спондилит – 1 (8,3 %) и плеврит – 1 (8,3 %).

Наличие деструкции встречалось одинаково часто, независимо от времени (годы) и места жительства, в пределах 50 %.

Наличие бактериовыделения методом люминесцентной микроскопии было выявлено в I группе у 99 (52,6 %), во II – у 74 (50 %), в III – у 93 (55,3 %), в IV – у 71 (52,6 %). Наличие исследований мокроты на лекарственную чувствительность возбудителя, а также обнаружение лекарственной устойчивости МБТ у обследованных пациентов сравниваемых групп представлены в таблице 15.

Таблица 15 – Бактериовыделение у пациентов с ТБ/ВИЧ сравниваемых групп на амбулаторном этапе

Выявление бактериовыделения	I группа n = 99 НСО 2014 г.		II группа n = 74 город 2014 г.		III группа n = 93 НСО 2018 г.		IV группа n = 71 город 2018 г.		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Исследование на чувствительность к ПТП	38	38,3	30	40,5	61	65,6	39	54,9	III-I p < 0,001
Лекарственная устойчивость	35	92,1	25	83,8	45	73,8	30	76,9	I-III p = 0,03
Примечание: χ^2 Пирсона.									

Из таблицы 15 следует, что у половины пациентов всех групп бактериовыделение выявлено методами люминесцентной микроскопии. Исследования на чувствительность к ПТП проведены у малого числа больных на момент формирования карты № 263/у-ТБ. Но даже у этих пациентов ЛУ МБТ к ПТП во всех группах обнаружена у большинства пациентов одинаково часто, однако у пациентов из НСО в 2014 г. ЛУ выявляли чаще, чем у пациентов в

2018 г., что может быть связано со сроками подачи карт № 263/у-ТБ и сроками направления мокроты на исследование.

Особенности путей передачи ВИЧ-инфекции у больных с сочетанной инфекцией представлены в таблице 16.

Таблица 16 – Особенности путей передачи ВИЧ-инфекции у больных ТБ/ВИЧ

Путь передачи	I группа n = 188 НСО 2014 г.		II группа n = 148 город 2014 г.		III группа n = 168 НСО 2018 г.		IV группа n = 135 город 2018 г.		p*
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Парентеральный	131	69,7	111	75	39	23,2	31	22,9	**I-III p < 0,001 **II-IV p < 0,001
Половой	48	25,5	29	9,6	57	33,9	41	30,4	**IV-II p = 0,03 **I-III p = 0,1
Не установлен	9*	4,8	8*	5,4	72	42,9	63	46,7	*III-I p < 0,001 *IV-II p < 0,001
Примечание: * – ТТФ, ** – χ^2 Пирсона.									

Из таблицы 16 следует, что у пациентов в 2018 г. изменился путь передачи ВИЧ-инфекции. В 2014 г. основным путём передачи был парентеральный, половой путь был значительно менее частым, у немногих путь передачи инфекции не был установлен. В 2018 г. ситуация изменилась и у большинства пациентов путь передачи не был установлен, т. к. пациенты ссылались на несоблюдение гигиены при нанесении татуировок, пирсинга и т. д., также начинает превалировать половой путь передачи ВИЧ-инфекции. При сравнении по годам в 2018 г. при передаче ВИЧ-инфекции половым путем среди пациентов из города было отмечено больше, чем в 2014 г.

При обследовании пациентов в инфекционной службе выявлено отсутствие своевременного повторного обследования на ВИЧ-инфекцию, что косвенно может свидетельствовать о низкой приверженности больных к обследованию.

Сроки дообследования на ВИЧ-инфекцию представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Сроки дообследования пациентов сравниваемых групп на ВИЧ-инфекцию в инфекционной службе на амбулаторном этапе

Обследование	I группа n = 188 НСО 2014		II группа n = 148 город 2014		III группа n = 168 НСО 2018		IV группа n = 135 город 2018		p
	Сроки	абс	%	абс	%	абс	%	абс	
Обследованные в инфекционной службе	117	62,5	73	49,3	133	79,1	110	84,1	*IV-II p < 0,001 *III-I p = 0,0004 *I-II p = 0,02
Сроки (месяцы)	6,8 [2...144]		10,5 [1...120]		42 [3...142]		52 [1...140]		**p = 0,035
Примечание: * – χ^2 Пирсона,** – U – критерий Манна – Уитни.									

После подтверждения иммуноферментного анализа иммунным блотингом, на дообследование в инфекционную службу в 2014 г. чаще обращались пациенты из НСО, в 2018 г. частота обращения в обеих группах оказалась выше, чем в 2014 г., но средние сроки дообследования увеличились до 3-4 лет, что свидетельствует о низкой приверженности пациентов к специализированному обследованию.

Характеристика и обследование ВИЧ-инфекции у больных ТБ представлены в таблице 18.

Таблица 18 – Характеристика ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом на амбулаторном этапе – стадии заболевания, лабораторные характеристики, приём АРВТ

Характеристика	I группа n = 188 НСО 2014 г.		II группа n = 148 город 2014 г.		III группа n = 168 НСО 2018 г.		IV группа n = 135 город 2018 г.		P
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Стадии	из 117		из 73		из 133		из 110		*III-I p = 0,01 *III-II p = 0,0009
III	21	17,9	10	13,6	15	11,2	13	11,8	
IVA	24	20,5	18	24,7	17	12,8	15	13,6	
IV Б	64*	54,7	34*	46,5	94*	70,7	76	69,1	
V	8	6,9	11	15	7	5,3	6	5,5	
Первичное иммунологическое исследование	из 117		из 73		из 133		из 110		*IV-III p = 0,03 *IV-I p = 0
	85*	72,6	66*	90,4	133	100	108*	98,2	
Средние значения СД+4	242 ± 144,5		229,4 ± 121,6		286 ± 168,8		285,2 ± 161,8		—
Назначение АРВТ	из 85		из 66		из 133		из 108		*III-I p = 0,001 *IV-I p = 0,0007
	37*	43,5	30*	45	88*	66,5	77*	65,7	
Контрольное иммунологическое исследование	из 85		из 66		из 133		из 108		—
	52	61,2	30	45,5	88	66,5	71	65,7	
Сроки (месяцы)	5,5 ± 4,7		5,2 ± 3,4		10,4 ± 9,5		14,4 ± 13,9		—
Примечание: * – χ^2 Пирсона.									

Проведённый анализ полученных данных свидетельствует о том, что независимо от места жительства диагностируются поздние стадии ВИЧ-инфекции (IVБ) с выраженным иммунодефицитом. В 2018 г. повысилась обращаемость на иммунологическое обследование, как жителей области, так и города. В 2018 г. увеличилось количество пациентов, которым АРВТ были назначены. При этом

увеличились сроки контрольного обследования после назначения АРВТ из-за не дисциплинированности больных, с полугода в 2014 г. до года в 2018 г., что значительно превышало назначенный срок обследования (1 и 3 мес.) в связи с не контролируемостью пациентов инфекционной службой.

РЕЗЮМЕ

Результаты исследования показали, что по социальному статусу среди пациентов ТБ/ВИЧ, независимо от места жительства преобладали мужчины молодого возраста, социально дезадаптированные, часто с наличием в анамнезе контакта с больными туберкулезом в МЛС, с алкогольной и наркотической зависимостью. При этом в НСО больных из МЛС было меньше, чем у проживающих в городе.

Выявление туберкулеза легких в 2018 г. у жителей НСО одинаково часто было, как при обращении в ПМСП с жалобами, так и при ФЛГ обследовании, тогда как у проживающих в городе в 2014 г. туберкулёз лёгких чаще выявляли при обращении с жалобами. В то же время в 2014 г. и в 2018 гг. изменения в легких методом ФЛГ чаще выявляли у пациентов из области, чем у жителей города. Наиболее частыми формами туберкулеза были распространенные инфильтративная и диссеминированная независимо от места проживания.

У половины пациентов всех групп одинаково часто было отмечено бактериовыделение, с высоким, более 70 % обнаружением, МЛУ возбудителя к ПТП.

В 2014 г. основным путём передачи ВИЧ-инфекции был парентеральный, тогда как в 2018 г. у большинства пациентов путь передачи не был установлен, при этом частота передачи ВИЧ-инфекции наблюдалась одинаково часто при половом и парентеральном путях. Независимо от места проживания у больных чаще диагностирована IVБ стадия ВИЧ-инфекции, характеризующаяся выраженным иммунодефицитом.

Увеличились сроки контрольного обследования после назначения АРВТ с полугода в 2014 г. до года в 2018 г., что значительно превышало назначенный срок обследования (1 и 3 мес.) в связи с не контролируемостью пациентов

инфекционной службой.

Выявление распространенных форм туберкулеза с МЛУ возбудителя, так и ВИЧ-инфекции с выраженным дефицитом (IVБ – В ст.), обусловленное особенностями неблагополучного социального статуса пациентов, независимо от места проживания и времени наблюдения – 2014, 2018 гг., низкая приверженность к обследованию, а в последующем и к лечению ВИЧ-инфекции на амбулаторном этапе, явилось предпосылкой для изучения медико-социальных, психоэмоциональных особенностей и качества жизни пациентов на стационарном этапе.

ГЛАВА 5 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП ПАЦИЕНТОВ С МЛУ ТБ/ВИЧ И МЛУ/ТБ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Проведен анализ двух групп пациентов. Первую (IA) группу составили 133 пациента с наличием ТБ с МЛУ возбудителя и ВИЧ-инфекцией, вторую (IIБ) группу составили 61 пациент – ТБ с МЛУ без ВИЧ-инфекции.

По полу группы статистически значимо различаются ($p < 0,001$). В первой А группе мужчины составили 99 (74,4 %), во второй Б – 28 (45,9 %). Удельный вес женщин составил в первой группе 34 (25,6 %), во второй – 33 (54,1 %).

По месту жительства группы не имеют статистически значимых различий ($p = 0,158$). Среди пациентов первой А группы 103 (77,4 %) проживают в городе, 30 (22,6 %) – в сельской местности. Среди пациентов второй Б группы 41 (67,2 %) проживают в городе, 20 (32,8 %) – в сельской местности. Средний возраст пациентов IA группы составил $(36,5 \pm 4,5)$ лет, $Me = 36$ лет, IIБ группы $(33,6 \pm 8,2)$ года, $Me = 31$ год. По возрасту статистических различий не было.

5.1 Исследование особенности социального статуса пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ

С целью выявления социальных особенностей пациентов IA и IIБ групп, был изучен образовательный статус, официальное трудоустройство, наличие семьи, судимостей и особенностей зависимого поведения от наркотических средств, алкоголя и табака. Полученные данные представлены в таблице 19.

Таблица 19 – Сравнительная характеристика социальных особенностей пациентов
IA и ПБ групп на стационарном этапе

Признак	IA группа n = 133	ПБ группа n = 61	P _{I-П}
Профессиональное образование	64 (48,1 %)	41 (67,2 %)	0,01
Безработные	104 (78,2 %)	35 (57,4 %)	0,003
Работающие	29 (21,8 %)	26 (42,6 %)	
Доход менее 10.000	25 (86,2 %)	14 (53,8 %)	0,01
Доход более 10.000	4 (13,8 %)	12 (46,2 %)	
Наличие семьи	40 (33,1 %)	44 (65,6 %)	< 0,001
Судимости	82 (61,6 %)	6 (9,8 %)	< 0,001
Наркотическая зависимость	103 (77,4 %)	2 (3,2 %)	< 0,001
Алкогольная зависимость	94 (70,7 %)	20 (32,8 %)	< 0,001
Табачная зависимость	123 (92,5 %)	25 (41 %)	< 0,001
Примечание: χ^2 Пирсона.			

Из таблицы следует, что профессиональное образование (средне-специальное и высшее) чаще получали пациенты ПБ группы, чем первой, поэтому могли работать только по профессии не требующих специальных навыков. По наличию трудоустройства группы статистически достоверно отличаются ($p = 0,003$), безработных в IA группе было больше чем во ПБ, при этом у работающих пациентов IA группы чаще наблюдался доход менее 10 000 тысяч рублей, чем во ПБ. Чаще семейными людьми были пациенты из ПБ группы, чем из IA. Пребывание в прошлом в местах лишения свободы чаще было отмечено у пациентов IA группы. Наркотическая, алкогольная и табачная зависимости достоверно чаще обнаруживались у пациентов IA группы.

Таким образом, выявленные особенности подтверждают более низкий социальный статус пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ в отличие от пациентов с МЛУ ТБ.

5.2 Исследование особенностей медицинского статуса пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ

Данные особенностей контакта с источником туберкулезной инфекции, его виды и способы выявления ТБ у пациентов IA и IB групп представлены в таблице 20.

Таблица 20 – Сравнительная характеристика видов контакта и способов выявления туберкулеза у пациентов IA и IB групп на стационарном этапе

Признак		IA группа n = 133	ПБ группа n = 61	P _{IA - ПБ}
Контакт с больными туберкулезом	всего	97 (72,9 %)	27 (44,3 %)	0,0002
	МЛС	82 (84,5 %)	6 (22,2 %)	< 0,001
	семейный	15 (15,5 %)	21 (77,8 %)	
Выявление туберкулеза	обращение с жалобами	96 (72,2 %)	27 (44,3 %)	0,0003
	ФЛГ	37 (27,8 %)	34 (55,7 %)	
Примечание: χ^2 Пирсона, ТТФ.				

Из таблицы следует, что чаще контакт с источником туберкулезной инфекции был у пациентов IA группы, статистически достоверно в МЛС, в то же время у пациентов IB группы чаще был выявлен семейный контакт. В IA группе туберкулезные изменения чаще выявляли при обращении пациентов с жалобами в организации оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), у пациентов же IB группы при профилактическом осмотре.

При поступлении в противотуберкулезный стационар у пациентов были диагностированы клинические формы туберкулезного процесса разные по течению и распространенности, с наличием или отсутствием полостей распада. В таблице 21, представлены клинические формы туберкулезного процесса.

Таблица 21 – Клинические формы туберкулеза у пациентов IА и IIБ групп у пациентов при поступлении в стационар

Клинические формы туберкулеза	IA группа n = 133	IIБ группа n = 61	P _{IA - IIБ}
Инфильтративный	67 (50,4 %)	40 (65,6 %)	0,06
Диссеминированный	66 (49,6 %)	21 (34,4 %)	
Наличие деструкции	97 (72,9 %)	47 (77 %)	0,5
Плеврит в сочетании с туберкулезом бронхов	20 (15 %)	12 (19,7 %)	0,8
Внелегочный туберкулез	25 (18,8 %)	0	—
МЛУ ТБ	115 (86,5 %)	42 (68,9 %)	0,005
ШЛУ ТБ	18 (13,5 %)	19 (31,1 %)	
Примечание: χ^2 Пирсона, ТТФ.			

Из таблицы следует, что инфильтративный туберкулез легких у пациентов IIБ группы диагностирован чаще, чем у пациентов IА группы, в то время как диссеминированный туберкулез и формы, сочетанные с плевритом и туберкулезом бронхов встречались одинаково часто. Внелегочные формы туберкулеза были выявлены только у пациентов IА группы, среди них чаще встречались туберкулезный спондилит и туберкулез костей – 14 (56 %), туберкулезный менингит – 4 (16 %), туберкулез кишечника – 3 (12 %), туберкулез мочеполовой системы – 2 (8 %), редких локализаций (уха, глаз) – 2 (8 %). Распад легочной ткани обнаружен одинаково часто у пациентов IА и IIБ группы более 70 %.

При бактериологическом обследовании бактериовыделение методом люминесцентной микроскопии было выявлено у 83 (62,4 %) пациентов IА группы и у 34 (55,7 %) (p = 0,4). Бактериовыделение методом посева на ППС и методом ПЦР выявлены у всех пациентов, МЛУ достоверно чаще была обнаружена у пациентов IА группы.

У пациентов обеих групп в анамнезе было от 1 до 4-х сопутствующих, соматических заболеваний, без клинических проявлений на момент поступления в IА группе у 78 (58,6 %), во IIБ у 36 (59 %) p = 1,0.

У пациентов IА группы чаще диагностировали заболевания

желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы (хронический гастрит, холецистит, язвенная болезнь желудка в стадии рубцевания), заболевания сердечно сосудистой системы (артериальная гипертензия), дыхательной системы (хронический бронхит), нервной системы (энцефалопатии, полинейропатии, психологическое состояние – социально-бытовая дезориентация на фоне течения хронического заболевания), анемии встречались более чем у 1/2 пациентов.

Среди пациентов ПБ также были отмечены заболевания желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы (хронический гастрит, холецистит), заболевания сердечно сосудистой системы (артериальная гипертензия), дыхательной системы (хронический бронхит, ХОБЛ), эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), гинекологической системы.

На амбулаторном этапе были выявлены хронические вирусные гепатиты (ХВГ) В, С и их сочетание, давность заражения неизвестна. В IА группе ХВГ С был отмечен у 110 (82,7 %), во ПБ у 7 (11,5 %) – $p < 0,001$. Сочетание ХВГ В + С обнаружено у 23 (17,3 %), во ПБ у 1 (1,6 %) $p = 0,002$. Чаше ХВГ С и сочетание ХВГ В+С были диагностированы у пациентов IА группы. Как в IА так и ПБ группе степень активности ХВГ была минимальной. Так в IА группе ХВГ С – у 102 (92,7 %), сочетание ХВГ В + С 18 (78,3 %), соответственно умеренная степень активности ХВГ С – 8 (7,3 %), ХВГ В + С 5 (21,7 %), во ПБ группе минимальная степень активности ХВГ С – 6 (85,7 %), умеренной активности у 1 (14,3 %).

У всех пациентов IА группы была диагностирована ВИЧ-инфекция на догоспитальном этапе, при поступлении они были осмотрены инфекционистом центра СПИД. Чаше была выявлена IVБ стадия ВИЧ-инфекции – 118 (88,7 %), IV В у 15 (11,3 %), при этом средние значения CD4 – $275 \pm 170,2$, вирусной нагрузки $1,6 \times 10^5$. На фоне выраженного иммунодефицита были диагностированы оппортунистические заболевания у 45 (33,8 %), из них самыми частыми были кандидозы – 35 (77,8 %), опоясывающий герпес – 3 (6,7 %), контагиозный моллюск – 2 (4,4 %), цитомегаловирусная инфекция – 2 (4,4 %), саркома Капоши – 1 (2,2 %), лейкоплакия языка – 1 (2,2 %), отрубевидный лишай

– 1 (2,2 %). В единичных случаях были отмечены сочетания оппортунистических заболеваний.

После проведения диагностических мероприятий в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2014 № 951 и клиническими рекомендациями лечения МЛУ/ШЛУ туберкулеза больным начато лечение по IV или V режиму ХТ в соответствии с видом диагностированной лекарственной устойчивости. На фоне лечения нежелательные явления, связанные с адаптационным периодом были отмечены в среднем через $(32,1 \pm 15,2)$ дня, Все нежелательные явления были купированы на фоне кратковременной отмены ПТП, проведения симптоматической терапии, а в дальнейшем терапии сопровождения и возобновления прежней схемы с хорошей переносимостью препаратов. Учитывая наличие 3-х инфекций у пациентов IA группы – ТБ/ВИЧ и ХВГ, интересовало развитие гепатотоксической реакции на фоне приема ПТП, в сравнении с пациентами IIБ группы, так как у них сочетание туберкулеза легких с ХВГ было диагностировано только в 13 % случаев. Остальные органоспецифичные, редко встречающиеся, лекарственные осложнения были объединены в токсические реакции - гастроинтестинальный синдром, кардиотоксический, нефротоксический и ототоксический. Частота развития и варианты лекарственных осложнений представлены в таблице 22.

Таблица 22 – Переносимость противотуберкулезных препаратов, варианты развития лекарственных осложнений

Варианты лекарственных осложнений	IA группа n = 133	IIБ группа n = 61	P _{IA – IIБ}
Хорошая переносимость	80 (60,2 %)	30 (49,2 %)	0,1
Неудовлетворительная переносимость	53 (39,8 %)	31 (50,8 %)	
Гепатотоксические	9 (17 %)	3 (10,7 %)	0,5
Гиперурикемия	8 (15,1 %)	12 (42,9 %)	0,02
Кожно-аллергические реакции	23 (43,4 %)	5 (17,9 %)	0,01
Токсические реакции	13 (24,5 %)	11 (39,3 %)	0,3
Примечание: χ^2 Пирсона, ТТФ.			

Из таблицы следует, что неудовлетворительная переносимость ПТП была отмечена одинаково часто как у пациентов IA, так и IB группы, при этом кожно-аллергическая реакция достоверно определялась у пациентов IA группы, а суставной синдром с гиперурикемией – IB группы.

На фоне достаточно хорошей переносимости ПТП была отмечена низкая приверженность к их приему, а также соблюдению больничного режима. Заключение о низкой приверженности к приему ПТП и медицинским вмешательствам было сделано на основании регистрации лечащим врачом в медицинской карте стационарного больного в ТБ/01отметок о пропусках в лечении, нарушении больничного режима, режима питания, а также о факте употребления алкоголя, самовольного отлучения из стационара.

Низкая приверженность к приему ПТП у пациентов IA группы, была отмечена чаще – у 94 (70,7 %), в сравнении со IB – у 5 (8,2 %) ($p < 0,001$). Среди пациентов с низкой приверженностью к лечению в IA группе мужчин было 75 (79,8 %), женщин – 19 (20,2 %), проживающих в городе – 75 (79,8 %), в сельской местности 19 (20,2 %), ранее отбывавших наказание в МЛС свободы 62 (65,9 %), безработных 73 (77,6 %), наркозависимых 78 (82,9 %). Во IB группе мужчин было – 3 (60 %), женщин 2 (40 %), проживающих в городе – 4 (80 %), в сельской местности 1 (20 %), безработных было 3 (60 %), из МЛС – 2 (40 %), наркозависимых 1 (20 %). Таким образом, как в IA, так и во IB группах это были пациенты с низкой приверженностью к лечению, имели с низкий социальный статус.

После осмотра врачом инфекционистом пациентам была назначена антиретровирусная терапия (АРВТ), 111 (83,5 %) получали препараты, 22 (16,5 %) – отказались от приема АРВТ. Лекарственные осложнения на АРВТ были выявлены у небольшого числа пациентов – 18 (16,2 %), из них у 10 (55,6 %) проявлялись в виде нейротоксической реакции с когнитивными расстройствами, у 8 (44,4 %) – в виде токсической реакции, которая проявлялась диарейным, кожным и анемическим синдромами. Нежелательные реакции на препараты были купированы на фоне проведения симптоматической, сопроводительной терапии

без отмены препаратов.

Средние сроки пребывания в стационаре пациентов IA группы составили, $Me = 3$ месяца [18...240], во II группе, $Me = 5,9$ месяца [22...410], ($p = 0,018$, U-критерий Манна – Уитни). В IA группе сроки госпитализации не достаточные для лечения МЛУ туберкулеза в интенсивной фазе, но достаточные для проведения контроля и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения. Несмотря на это 78 (58,6 %) пациентов покинули стационар досрочно, в связи с нарушением режима (употребление алкоголя и психоактивных веществ, самовольный уход) не дождавшись результатов контрольного клинико-бактериологического и рентгенологического обследования.

За 3 месяца наблюдения, из 83 (62,4 %) пациентов IA группы с бактериовыделением, определенным при помощи люминесцентной микроскопии при госпитализации в стационар, негативация мазка произошла только у 43 (51,8 %). У 40 (48,2 %) пациентов этой группы бактериовыделение сохранялось. Во IIБ группе из 34 (55,7 %) с бактериовыделением методом люминесцентной микроскопии, негативация мазка наступила у 26 (76,5 %), сохранялось у 8 (23,5 %). Из чего следует, что у пациентов IIБ группы негативация мазка мокроты наступала значительно чаще, чем у пациентов IA группы ($p = 0,02$). У пациентов МЛУ ТБ на фоне контролируемого лечения выше шансы прекращения бактериовыделения методом ЛМ ($ОШ = 3,02$; 95 % ДИ 1,93–7,45).

Прекращение бактериовыделения методом посева на ППС из 117 (88 %) пациентов IA группы с положительным посевом, прекращение бактериовыделения отмечено только у 49 (41,9 %). Во IIБ группе из 42 (68,9 %) пациентов с положительным посевом, прекращение бактериовыделения отмечено у 27 (64,3 %). Достоверно прекращение бактериовыделения методом посева на ППС отмечено у пациентов IIБ группы, $p = 0,018$. Методом посева также на фоне контролируемого лечения шанс абациллирования выше у пациентов IA группы, чем IIБ ($ОШ = 2,5$ 95 % ДИ 1,2–5,2).

Закрытие полостей распада в IA группе из 97 (72,9 %) пациентов произошло только у 10 (10,3 %), во IIБ группе из 47 (77 %) – закрытие полостей распада

отмечено у 18 (38,3 %), что достоверно чаще ($p = 0,0002$). Закрывание полостей распада у пациентов МЛУ ТБ происходило чаще за этот же срок, чем у пациентов МЛУ ТБ/ВИЧ (ОШ = 5,4 95 % ДИ 2,24–13,02)

Более 50 % пациентов IА группы были досрочно выписаны из стационара за нарушение режима – 78 (58,6 %). Среди пациентов, проживающих в городе чаще были выявлены нарушители больничного режима, было выписано 63 (80,8 %), села – 15 (19,2 %) ($p < 0,0001$). Из проживающих в городе достоверно чаще в качестве нарушителей выступали мужчины 48 (76,2 %), чем женщины – 15 (23,8 %) ($p < 0,0001$). Выписанных пациентов, проживающих в сельской местности, мужчин было 14 (93,3 %), женщин – 1 (6,7 %) ($p < 0,0001$).

Во IIБ группе досрочно покинули стационар всего 7 (9,8 %) пациентов, из них проживающих в городе было 2 (28,6 %), в сельской местности – 5 (71,4 %). Из проживающих в городе ушли из стационара 1 (50 %) мужчина и 1 (50 %) женщина, проживающих в селе 3 (60 %) мужчин и 2 (40 %) женщина.

При сравнении в двух группах достоверно чаще досрочно покидали стационар пациенты IА группы, чем IIБ, $p < 0,001$, проживающие в городе IА группы, чем IIБ, $p < 0,007$. Нарушение режима в зависимости от пола не выявлено.

Таким образом, при исследовании медицинских особенностей пациентов IА и IIБ групп, выявлено, что чаще контакт с туберкулезом в МЛС и выявление туберкулеза при обращении с жалобами в ПМСП наблюдается у пациентов IА группы. При поступлении в стационар чаще диагностируется распространенный инфильтративный туберкулез у пациентов IIБ группы, чем в IА группе, остальные формы туберкулеза одинаково часто с наличием лекарственной устойчивости возбудителя. Так же нужно отметить, что более чем у 30 % в IА группе выявлены внелегочные локализации туберкулеза. У больных IА группы наряду с ВИЧ инфекцией выявлены ХВГ с минимальной степенью активности, а также оппортунистические заболевания на фоне выраженного иммунодефицита. При лечении пациентов как ПТП и АРВП – IА группы, так и ПТП IIБ группы были отмечены побочные реакции одинаково часто, однако у больных IА группы чаще

был отмечен суставной синдром, а ПБ группы кожно-аллергическая реакция, неустраняемых реакций не отмечалось. Более 60 % пациентов обеих групп самовольно прекращали стационарный этап лечения в короткие сроки, менее 3 месяцев госпитализации, не дождавшись контрольного обследования, большинство из них пациенты с наличием ВИЧ. Среди пациентов, которым было проведено контрольное обследование через 3 месяца, чаще негативация мазка и прекращение бактериовыделения методом посева на ППС и закрытие полостей распада было зарегистрировано у больных ПБ группы.

В результате проведенного исследования можно сделать вывод о том, что у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ выявлены медико-социальные особенности, влияющие на приверженность к лечению, что в свою очередь значительно снижает эффективность лечения.

ГЛАВА 6 ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С МЛУ ТБ/ВИЧ И МЛУ ТБ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕСТОВЫХ МЕТОДИК ЛОБИ, SF-36 И HADS

С целью персонального изучения качества жизни, социального и психоэмоционального статуса больных с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ, проводилось анкетирование по взаимодополняющим тестовым опросникам ЛОБИ, SF-36 и HADS. Были изучены ответы на вопросы анкет пациентов двух групп. IA группу составили 133 человека с МЛУ ТБ/ВИЧ, IIБ – 61 с МЛУ ТБ. Данные по клинической характеристике пациентов представлены в главе 4.

Анкетирование проводилось дважды – при поступлении в стационар и через 3 месяца лечения, после проведения клинико-рентгено-бактериологического обследования.

6.1 Исследование психоэмоционального статуса пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ с использованием клинической тестовой методики ЛОБИ

При проведении анализа полученных результатов по анкете ЛОБИ, выявленные типы реагирования объединены в три блока в зависимости от преобладания типа личностного реагирования на болезнь (данные представлены в Главе 2, подглаве 2.6).

Первый блок включает типы: гармоничный – пациенты сохраняют социальное функционирование. У больных с эргопатическим, анозогнозическим и эйфорическим типами выраженные явления психической дезадаптации отсутствуют, в него вошли 18 (13,5 %) пациентов из IA группы и 10 (16,4 %) из IIБ.

Во второй блок объединены типы отношения к болезни с интрапсихической (отклонение своего внутреннего восприятия болезненных эмоций) направленностью личностного реагирования на болезнь – 12 (9 %) – IA группы и 2 (3,3 %) – IIБ группы.

В третий блок включены типы реагирования на болезнь с интерпсихической (отклонения социального поведения в отношении окружающих людей) направленностью личностного реагирования и нарушения социальной адаптации – 13 (9,8 %) – IА группа и 9 (14,7 %) – IIБ группы.

Выделены два особых типа личностного реагирования: «без отношения к болезни» – 69 (51,9 %) – IА группа и 28 (45,9 %) IIБ и «смешанный» – 21 (15,8 %) в IА группе и 12 (19,7 %) – IIБ. Полученные результаты представлены в таблице 23.

Таблица 23 – Анализ распределения пациентов IА и IIБ групп по блокам и типам отношения к болезни

Блоки	Типы отношений к болезни	IA группа n = 133	IIБ группа n = 61	Р
I блок	Всего	18	10	0,386
	Гармоничный	1 (5,6 %)	3 (30 %)	
	Эргопатический	2 (11,1 %)	1 (10 %)	
	Анозогнозический	—	1 (10 %)	
	Эйфорический	15 (83,3 %)	5 (50 %)	
II блок	Всего	12	2	
	Тревожный	2 (16,7 %)	—	
	Ипохондрический	1 (8,3 %)	—	
	Апатический	6 (50 %)	—	
	Невротенический	3 (25 %)	2 (100 %)	
	Меланхолический	—	—	
III блок	Всего	13	9	
	Эгоцентрический	3 (23,1 %)	1 (11,2 %)	
	Паранойяльный	3 (23,1 %)	3 (33,3 %)	
	Обсессивно-фобический	1 (7,7 %)	2 (22,2 %)	
	Сенситивный	6 (46,1 %)	3 (33,3 %)	
	«Смешанный»	21 (15,8 %)	12 (19,7 %)	
	Без диагностического типа отношения к болезни	69 (51,9 %)	28 (45,9 %)	
Примечание: χ^2 Пирсона.				

Из таблицы следует, что статистически значимой разницы между распределением типов отношения к болезни между группами не обнаружено.

Особенность типов личности I блока сводилось к преуменьшению роли своего заболевания вплоть до его вытеснения и отрицания, сочетая с поведенческими нарушениями в виде отсутствия соблюдения режима лечения. Эйфорический тип, менее благополучный в психоэмоциональном и адаптационном отношении, но наиболее частый в I блоке у пациентов обеих групп, характеризовался необоснованно повышенным настроением, с пренебрежительным отношением к болезни, к диагностическим и лечебным процедурам.

Типы, относящиеся ко II блоку, связаны особенностью эмоциональной сферы к угнетенному, тревожному состоянию, проявляющемуся в отказе от борьбы с заболеванием. У пациентов IA группы в 50 % наблюдался апатический тип отношения к болезни, характеризующийся полным безразличием к исходу болезни и результатам лечения. В то время как во IIБ группе диагностировался только неврастенический тип, особенностью которого являются вспышки раздражения при неудачах в лечении или неблагоприятных данных обследований.

В III блок объединены пациенты с психо-типами с отклонением социального агрессивного поведения в отношении окружающих людей. В IA группе чаще был выявлен «Сенситивный» тип, выражающийся в опасении больных, что окружающие станут раскрывать информацию о его болезни. В IIБ группе в III блоке обнаружено разнообразие типов отношения к болезни, но непременно связанных с окружающими их людьми и «чьим-то злым умыслом», вине других людей в том, что они больны.

Меланхолический тип реагирования, характеризующийся пессимистичным отношением к болезни, при данном исследовании выявлен не был.

В процессе исследования, выявлен в обеих группах – «смешанный» тип отношения к болезни. Пациенты со «Смешанным типом» имеют характеристики, свойственные нескольким типам реагирования на болезнь и составляют менее 20 % случаев по группам. Больные без диагностического типа отношения к

болезни, представляют значительную по числу группу. Этим пациентам свойственно ложно отвечать на поставленные вопросы в анкете, выбирая из ответов пункт – «мне НИ один из ответов не подходит», повторяясь от вопроса к вопросу. Больные выстраивают психологическую защиту, пытаются скрыть истинное отношение к болезни, переживание и осознание болезни перед окружением.

Чаще досрочно самовольно прекращали лечение больные IА группы – 78 (58,6 %), тогда как во IIБ – 7 человек (11,5 %) ($p < 0,001$), что и было показателем малой приверженности к лечению. При исследовании их типов отношения к болезни, были получены результаты, представленные на рисунке 5.

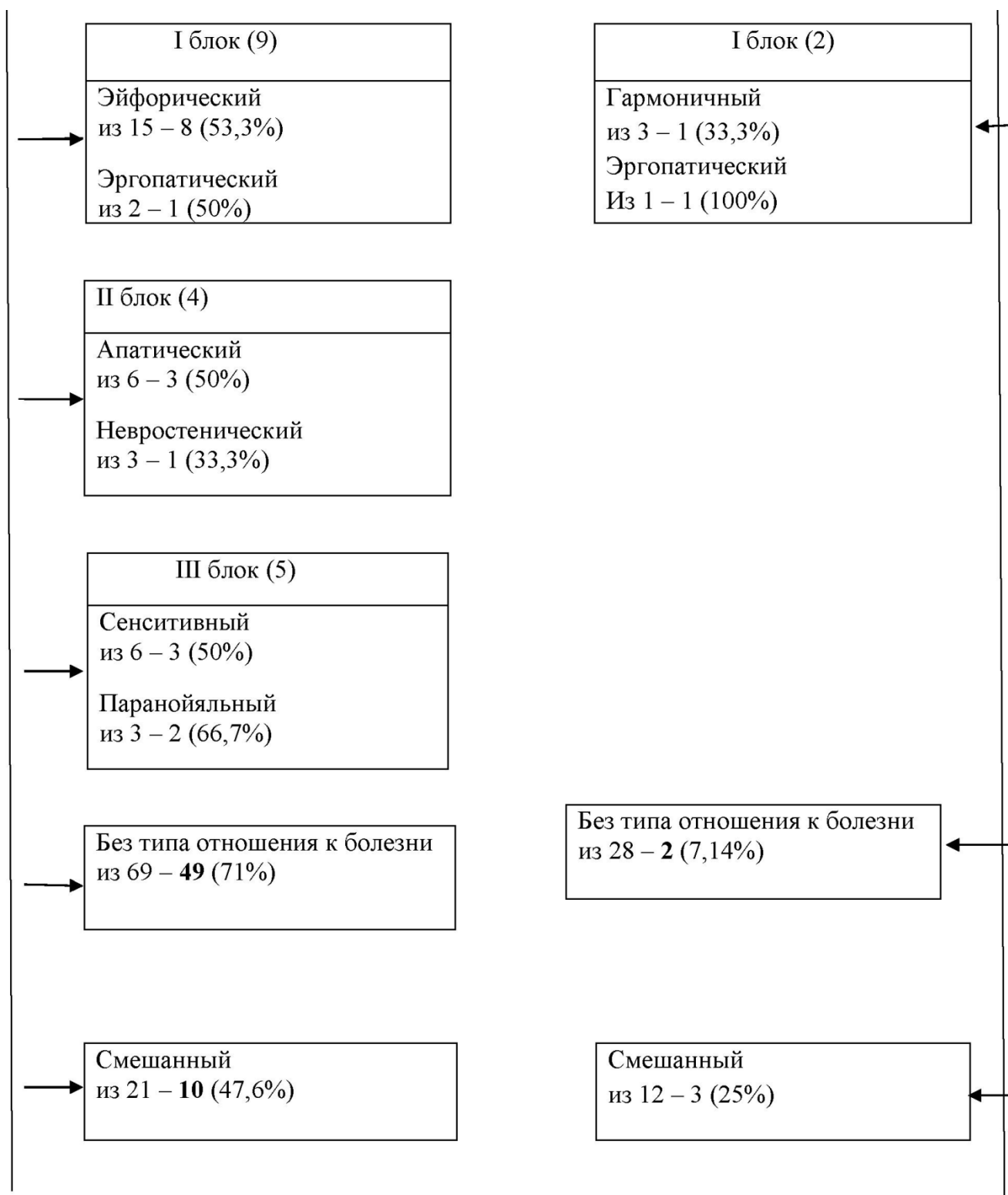


Рисунок 5 – Анализ типов отношения к болезни пациентов IA и IB групп по блокам, досрочно прекратившим лечение в стационаре

Достоверно чаще в IA группе досрочно покидали стационар пациенты «без диагностического типа» отношения к болезни ($p < 0,001$, χ^2). При сравнении

между группами в IА – чаще чем во IIБ из стационара уходили пациенты со «смешанным» типом реагирования на болезнь, ($p < 0,003$, ТТФ). Во IIБ группе отмечено, что уходили из стационара пациенты с типами личности, относящиеся к IА блоку и «смешанному» типу отношения к болезни.

Таким образом, при поступлении пациентов в стационар проведение анкетирования по шкале ЛОБИ позволяет прогнозировать приверженность к лечению в условиях стационара и применять индивидуальные подходы к наблюдению за этими пациентами.

Через 3 месяца от начала лечения в стационаре проведено контрольное анкетирование пациентов IА и IIБ групп, продолживших лечение для определения типа отношения к болезни в динамике. В IА группе – 55 (41,4 %) пациентов из 133, во IIБ – 54 (88,5 %) из 61. В первый блок вошли 9 (16,4 %) пациентов из IА группы и 7 (13 %) из IIБ. Во второй блок – 6 (10,9 %) – IА группы и 5 (9,2 %) – второй. В третий блок – 3 (5,4 %) – IА группа и 7 (13 %) – IIБ группы. «Без типа отношения к болезни» – 31 (56,4 %) – IА группы и 30 (55,6 %) – IIБ и «смешанный» – 5 (9,1 %) в IА группе и 5 (9,2 %) – IIБ. Данные повторного анкетирования представлены в таблице 24.

Таблица 24 – Распределение пациентов IА и IIБ групп по блокам и типам отношения к болезни через 3 месяца лечения в стационаре

Блоки	Типы отношений к болезни	IA группа n = 55	IIБ группа n = 54	p
I блок	Всего	9	7	0,273
	Гармоничный	1 (11,1 %)	1 (14,3 %)	
	Эргопатический	1 (11,1 %)	—	
	Анозогнозический	—	1 (14,3 %)	
	Эйфорический	7 (77,8 %)	5 (71,4 %)	
II блок	Всего	6	5	
	Тревожный	—	1 (20 %)	
	Ипохондрический	1 (16,7 %)	—	
	Апатический	3 (50 %)	—	
	Невростенический	2 (33,3 %)	4 (80 %)	
III блок	Всего	3	7	
	Эгоцентрический	1 (33,3 %)	—	
	Паранойяльный	—	1 (14,3 %)	
	Обсессивно-фобический	1 (33,3 %)	—	
	Сенситивный	1 (33,4 %)	6 (85,7 %)	
	Смешанный тип	5 (9,1 %)	5 (9,2 %)	
	Без диагностического типа отношения к болезни	31 (56,4 %)	30 (55,6 %)	
Примечание: χ^2 Пирсона.				

Из таблицы 24 следует, что при анализе типов отношения к болезни у пациентов IА и II групп через 3 месяца лечения установить статистической значимости не удалось. В процессе анкетирования в динамике было обнаружено, что психоэмоциональный фон пациентов обеих групп был не стабильным, что отражалось в изменении типа личностного реагирования на болезнь. Однако, у пациентов IА группы эмоциональное состояние было более лабильным, чем IIБ. Так из продолживших лечение 55 человек – IА группы у 39 (70,9 %) изменился тип отношения к болезни и лишь у 16 (29,1 %) – остался прежним, во IIБ группе

из 54 изменился у 7 (12,9 %), у 47 (87,1 %) – остался прежним ($p < 0,001$). Данные об изменении типа отношения к болезни при анкетировании в динамике через 3 месяца представлены в таблице 25.

Таблица 25 – Изменение типов личностного реагирования пациентов IA и IIБ групп, продолживших лечение в стационаре

Типы личностного реагирования по блокам при поступлении	Изменение типов личностного реагирования по блокам, у продолживших лечение пациентов.	
	IA группа (39)	IIБ группа (7)
I блок	на «смешанный» – 1 на типы II блока – 2 на «без типа отношения к болезни» – 7	изменения типа не было
II блок	на «смешанный» – 1 на «без типа реагирования на болезнь» – 4	изменения типа не было
III блок	на I блок – 2 на II блок – 1 на «без типа реагирования на болезнь» – 4	на II блок – 3
«смешанный»	на I блок – 3 на II блок – 1 на «без типа реагирования на болезнь» – 6	на III блок – 2 на «без типа реагирования на болезнь» – 4
«Без типа реагирования на болезнь»	на I блок – 3 на III блок – 4	—

Из таблицы следует, что в IA группе у пациентов с типами реагирования, относящихся к трем блокам, а также пациентов со «смешанным» типом отношения к болезни, через 3 месяца лечения в стационаре у большинства пациентов – 21 (53,8 %) происходит замещение диагностического типа на тип «без реагирования на болезнь». В то же время отмечено, что возможно изменение психоэмоционального состояния пациентов «без типа реагирования на болезнь»

на типы, относящиеся к разным блокам. Во IIБ группе больных изменение типов происходило одинаково часто, как на диагностические, относящиеся ко II и III блокам, так и на «тип без реагирования на болезнь», что свидетельствовало о большей психоэмоциональной стабильности пациентов этой группы.

В процессе проведения анкетирования было выявлено, что пациенты IA группы в связи с низким образовательным, социальным уровнем (Глава 4), не могли самостоятельно выполнять задания по заполнению анкет, требовался контроль и помощь в разъяснении смысла вопросов. У больных отмечалась быстрая утомляемость, истощаемость мыслительных процессов, это приводило к их агрессивной реакции к анкетированию. У пациентов IIБ группы работа с анкетами не вызывала трудностей, отвечали на вопросы самостоятельно. В то же время часть пациентов (45 % – без типа реагирования на болезнь) так же старались не показывать свое отношение к болезни и лечению.

Таким образом, проведение анкетирования по шкале ЛОБИ в процессе лечения через 3 месяца, позволяет выявлять нестабильность типов реагирования на болезнь и их изменения. Психоэмоциональное состояние пациентов IA группы было более лабильно, чем во IIБ.

Выявлена особенность пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ, которая выражалась в увеличении числа больных с отсутствием «типа реагирования на болезнь», что позволило определить возможность прогнозирования дальнейшего лечения в условиях стационара.

РЕЗЮМЕ

Таким образом, по результатам исследования пациентов двух групп с использованием клинического опросника ЛОБИ, по типу отношения к болезни группы были однородны. Однако у большинства обследованных IA и IIБ групп выявлен психо-тип – «без диагностического отношения к болезни», у меньшего числа пациентов, диагностировано нарушение социальной и психоэмоциональной дезадаптации с интра- или интерпсихической направленностью, которая приводит к глубоким эмоциональным переживаниям, усугубляющим процесс адаптации у пациентов обеих групп. Больные «без диагностического типа отношения»

требуют особого внимания и контроля, так как у них чаще определяется низкая приверженность к лечению в условиях стационара. В то же время выявляемая психоэмоциональная нестабильность пациентов дает возможность при помощи многофакторного воздействия (постоянная индивидуальная совместная работа фтизиатра и медицинского психолога с пациентом, индивидуальный подход к лечению, положительный пример излечивающихся больных) изменить тип личностного реагирования на болезнь, повысить уровень социальной адаптации, тем самым увеличить уровень приверженности и мотивации к лечению в условиях стационара.

6.2 Исследование уровня тревоги и депрессии у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ с использованием опросника HADS

С целью изучения приверженности к лечению в качестве дополнительного метода использовался опросник HADS с проведением анализа уровня состояний тревоги и депрессии пациентов, госпитализированных в стационар. Анализ данных представлен в таблице 26.

Таблица 26 – Анализ определения уровня тревоги и депрессии по опроснику HADS при поступлении и через 3 месяца лечения в стационаре у пациентов IA и IIБ групп

Показатель	Группы пациентов		p
	IA группа n = 133	IIБ группа n = 61	
Уровень тревоги при поступлении по опроснику HADS, Ме [Q ₁ -Q ₃]	6 [3–9]	5 [3–8]	0,405
Уровень депрессии при поступлении по опроснику HADS, Ме [Q ₁ -Q ₃]	5 [3–9]	4 [2–7]	0,021
Уровень тревоги через 3 месяца лечения, Ме [Q ₁ -Q ₃]	I группа n = 55	II группа n = 54	0,002
	6 [3–9]	5 [2–7]	
Уровень депрессии через 3 месяца лечения, Ме [Q ₁ -Q ₃]	6 [3–9]	3 [1–5,5]	< 0,001
Примечание: Ме – медиана, [Q ₁ -Q ₃] – интерквартильный размах, ТТФ.			

Анализ результатов работы со шкалами опросника HADS при поступлении в стационар уровень тревоги у пациентов IA и IIБ группы не различался, однако через 3 месяца от начала лечения у пациентов IA группы уровень тревоги достоверно увеличился ($p = 0,002$). Уровень депрессии у пациентов IA группы был выше, чем у пациентов IIБ группы как при поступлении ($p = 0,021$), так и через 3 месяца после лечения ($p < 0,001$). Клиническими проявлениями выраженности тревоги и депрессии были страх, беспокойство, переживания пациентов за исход заболевания, свое состояние.

При поступлении в стационар клинически выраженная степень тревоги выявлена у 44 (33,1 %) из 133 пациентов IA группы и 19 (31,1 %), из 61 – IIБ группы. У остальных пациентов обеих групп состояние тревоги не выходило за пределы клинических значений. Данные представлены в таблице 27.

Таблица 27 – Степень выраженности тревоги при поступлении в стационар у больных IA и IIБ групп

Показатель	Группы пациентов		р
	IA группа тревога, n = 44	IIБ группа тревога, n = 19	
«Субклинически выраженная» тревога, абс. (%)	28 (63,6 %)	17 (89,5 %)	0,29
«Клинически выраженная» тревога, абс. (%)	16 (36,4 %)	2 (10,5 %)	0,05
Примечание: χ^2 Пирсона, ТТФ.			

Из таблицы следует, что у больных IA группы «клинически выраженная тревога» статистически диагностировалась чаще по сравнению с больными IIБ группы.

Состояние клинически выраженной депрессии при поступлении в стационар обнаружено у 43 (32,3 %) из 133 пациентов IA и у 13 (21,3 %) из 61 больного IIБ группы. Данные по степени выраженности депрессии на момент госпитализации представлены в таблице 28.

Таблица 28 – Степень выраженности депрессии при поступлении пациентов в стационар у больных IA и IIБ групп

Показатель	Группы пациентов		р
	IA группа депрессия n = 43	IIБ группа депрессия n = 13	
«Субклинически выраженная» депрессия, абс. (%)	22 (51,2 %)	10 (76,9 %)	0,979
«Клинически выраженная» депрессия, абс. (%)	21 (48,8 %)	3 (23,1 %)	0,023
Примечание: ТТФ.			

Из таблицы следует, что выявлены статистически значимые различия между группами в частоте по «клинически выраженной депрессии» ($p = 0,023$), которая чаще была диагностирована у пациентов IA группы.

Через 3 месяца лечения в стационаре состояние тревоги чаще отмечалось у пациентов IA группы – 24 (43,6 %) из 55, чем во IIБ – 7 (13 %) из 54 человек

($p = 0,0005$). Депрессия так же часто диагностировалась по данным опросника HADS в IA группе – у 21 (38,2 %), чем во IIБ – у 8 (14,8 %) больных – $p = 0,004$. Одновременное сочетание тревоги и депрессии диагностировалось лишь у 2 человек.

Таким образом, на момент госпитализации пациенты с «клинически выраженной депрессией» чаще были выявлены в IA группе.

Сравнительная характеристика групп пациентов в зависимости от выраженности тревоги на фоне лечения в стационаре через 3 месяца представлена в таблице 29.

Таблица 29 – Анализ выраженности тревоги у пациентов IA и IIБ групп через 3 месяца лечения в стационаре

Показатель	Группы пациентов		p
	IA группа тревога n = 24	IIБ группа тревога n = 7	
«Субклинически выраженная» тревога, абс. (%)	16 (66,7 %)	6 (85,7 %)	0,032
«Клинически выраженная» тревога, абс. (%)	9 (37,5 %)	1 (14,3 %)	0,037
Примечание: χ^2 Пирсона, ТТФ.			

Из таблицы следует, что у пациентов IA группы «субклинически выраженная» ($p = 0,032$), а также «клинически выраженная» тревога ($p = 0,037$) статистически достоверно выше, чем у пациентов IIБ группы.

Сравнительная характеристика групп пациентов в зависимости от выраженности депрессии на фоне лечения в стационаре через 3 месяца представлены в таблице 30.

Таблица 30 – Анализ выраженности депрессии у пациентов IA и IIБ групп через 3 месяца лечения в стационаре

Показатель	Группы пациентов		p
	IA группа депрессия n = 21	IIБ группа депрессия n = 8	
«Субклинически выраженная» депрессия, абс. (%)	11 (52,4 %)	7 (87,5 %)	0,439
«Клинически выраженная» депрессия, абс. (%)	10 (47,6 %)	1 (12,5 %)	0,011
Примечание: χ^2 Пирсона, ТТФ.			

Из таблицы следует, что у пациентов IA группы уровень «клинически выраженной депрессии» достоверно выше, чем у пациентов IIБ группы после 3-х месяцев пребывания в стационаре.

Высокий уровень тревоги, депрессии, боязнь за свое здоровье, родственников заставляет пациентов продолжать лечение в стационаре.

Таким образом, использование в работе опросника HADS, позволяет своевременно выявить у пациентов состояние тревоги и депрессии, определить степень их выраженности и прогнозировать возможность продолжения лечения больных в стационаре. Полученные данные свидетельствуют о необходимости консультации, наблюдения такого рода пациентов психологом.

6.3 Исследование уровня качества жизни у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ с использованием опросника SF-36

Для психологического комфорта человека важно состояние качества его жизни. С целью определения качества жизни, а также ряда аспектов психического и физического функционирования на основании оценки самого больного проведен анализ результатов работы со шкалами опросника SF-36 пациентов IA и IIБ групп. Анкета SF-36 позволяет выявить уровень качества жизни по определению к условной норме, чем выше балл по шкале, тем выше качество жизни (Глава 2). Данные представлены в таблице 31.

Таблица 31 – Анализ результатов работы по шкалам опросника SF-36 пациентов IA и IB групп при госпитализации

Шкалы SF-36	Группа пациентов		p
	IA группа n = 133	IB группа n = 61	
Физический компонент здоровья, Me [Q ₁ –Q ₃]	41 [39–42]	43 [41–46]	0,073
Физическое функционирование (PF), Me [Q ₁ –Q ₃]	55 [35–90]	75 [50–90]	0,026
Ролевое физическое функционирование (RP), Me [Q ₁ –Q ₃]	25 [0–100]	50 [0–100]	0,388
Интенсивность боли (BP), Me [Q ₁ –Q ₃]	64 [42–100]	62 [41–94]	0,213
Общее состояние здоровья (GH), Me [Q ₁ –Q ₃]	47 [35–55]	69 [51–84]	0,004
Психологический компонент здоровья, Me [Q ₁ –Q ₃]	42 [41–43]	45 [43–48]	0,006
Жизненная активность (VT), Me [Q ₁ –Q ₃]	50 [45–55]	65 [50–75]	< 0,001
Социальное функционирование (SE), Me [Q ₁ –Q ₃]	62,5 [37,5–87,5]	75 [50–87,5]	0,382
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), Me [Q ₁ –Q ₃]	33,3 [0–100]	66,6 [33,3–100]	0,274
Психическое здоровье (MN), Me [Q ₁ –Q ₃]	56 [52–64]	64 [48–76]	0,024
Общий балл опросника SF-36	53 [50,6–56,8]	61 [56,6–66]	0,007
Примечание: Me – медиана, [Q ₁ –Q ₃] – интерквартильный размах, χ^2 Пирсона, ТТФ.			

У больных IA группы было отмечено снижение КЖ по шкалам «Ролевое физическое функционирование», «Общее состояние здоровья» и «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», по этим шкалам средний балл составил менее 50.

При сравнении результатов анкетирования пациентов IA группы со IB отмечено достоверное снижение качества жизни по шкалам, относящимся к физической компоненте здоровья: «Физического функционирования» ($p = 0,026$), что свидетельствовало об ограничении физической активности; «Общего состояния здоровья» ($p = 0,004$), что выражалось в низкой оценке больными IA

группы состояния своего здоровья на момент обследования, так как они не были уверены в перспективах лечения. Снижение качества жизни было отмечено и по шкалам анкеты, относящимся к психологической компоненте здоровья: «Жизненной активности» ($p < 0,001$), так как большинство пациентов указывало на снижение способности к активным действиям в результате усталости, слабости, необходимости приема ПТП, соблюдения режима в стационаре; «Психического здоровья» ($p = 0,024$), что свидетельствовало о снижении общего показателя положительных эмоций, а психологическое неблагополучие связано с тревогой и депрессией в результате неизвестности перспектив своего будущего. При получении не понятной пациентам информации, относительно своего здоровья, они негативно реагировали, как на информацию, так и на врача ее предоставившего, пациенты покидали стационар. Уровень качества жизни у пациентов ИБ группы выше, что доказано более высоким баллом по шкалам опросника SF-36.

При анализе «Психологического компонента здоровья» и «Общего балла» по шкале SF-36 оказались достоверно выше в IA группе, чем во ИБ ($p = 0,006$, $p = 0,007$ соответственно).

Таким образом, на момент поступления в стационар КЖ ниже у пациентов IA группы, чем ИБ по двум шкалам – физического и психологического компонента здоровья, что свидетельствовало об их низкой оценке состояния своего здоровья, а психологическое неблагополучие было связано с тревогой и депрессией.

Через три месяца проведен анализ результатов опросника SF-36. Участие в анкетировании принимали пациенты, продолжившие лечение в стационаре, IA группа – 55 (41,4 %) пациентов, ИБ – 54 (88,5 %). При оценке результатов ответов по опроснику SF-36 по всем шкалам за исключением шкалы «Физического функционирования» уровень КЖ пациентов IA группы был достоверно ниже, чем пациентов ИБ группы, результаты представлены в таблице 32.

Таблица 32 – Анализ результатов шкал опросника SF-36 через 3 месяца от начала лечения в стационаре пациентов IA и IIБ групп

Показатель	Группы пациентов		p
	IA группа n = 55	IIБ группа n = 54	
Физический компонент здоровья, Ме [Q1–Q3]	56 [50–60]	64 [56–80]	< 0,001
Физическое функционирование (RF), Ме [Q1–Q3]	55 [42,5–85]	80 [67,5–95]	< 0,001
Ролевое физическое функционирование (RP), Ме [Q1–Q3]	25 [0–100]	75 [25–100]	0,05
Интенсивность боли (BP), Ме [Q1–Q3]	62 [41–97]	82 [57–100]	0,007
Общее состояние здоровья (GH), Ме [Q1–Q3]	41 [36–48]	68 [59–82]	0,042
Психологический компонент здоровья	39,9 [32,6–46,6]	49,1 [42,9–54,4]	< 0,001
Жизненная активность (VT), Ме [Q1–Q3]	43 [41–46]	61 [56–66]	< 0,001
Социальное функционирование, Ме [Q1–Q3]	50 [45–55]	70 [52,5–77,5]	< 0,001
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, Ме [Q1–Q3]	62,5 [50–87,5]	75 [62,5–87,5]	0,306
Психическое здоровье, Ме [Q1–Q3]	33,3 [0–100]	100 [66,6–100]	0,028
Общий балл опросника SF-36, Ме [Q1–Q3]	44,6 [36,6–46,9]	47,8 [42,5–52]	0,001
Примечание: Ме – медиана, [Q1–Q3] – интерквартильный размах, χ^2 Пирсона.			

Из таблицы следует, что в динамике у пациентов IA группы было отмечено некоторое повышение среднего балла по шкалам, за исключением «Ролевого физического функционирования», «Общего состояния здоровья», «Жизненной активности» и «Психического здоровья», однако по этим шкалам средний балл сохранялся менее 50. Это свидетельствует о сохранении изменений, связанных с Физическим и Психологическим компонентами здоровья в течение трех месяцев лечения в стационаре.

По полученным данным (Таблица 32), при сравнении уровня качества КЖ пациентов IA и IIБ групп, в IA группе достоверно ниже качество жизни было отмечено по всем четырем шкалам Физического компонента здоровья: «Физического функционирования», «Ролевого физического функционирования»,

«Интенсивности боли» и «Общего состояния здоровья». Снижение качества жизни отмечено и по трем шкалам Психического компонента здоровья: «Жизненной активности», «Социального функционирования» и «Психического здоровья». Что связано с ограничением их повседневной физической активности, обусловленной состоянием здоровья и не ясной перспективой на фоне лечения в динамике. В то же время ощущение усталости, слабости снижали социальную активность, социальных контактов, в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния, а наличие депрессивных, тревожных переживаний в психическом неблагополучии. Отвечая на вопросы анкеты, пациенты не удовлетворены качеством общения с родственниками и близкими людьми.

При сравнении в динамике достоверные изменения у пациентов IA группы на момент госпитализации и через 3 месяца лечения выявлены по шкале «Психического здоровья» ($p = 0,044$) – снижение балла было подтверждено результатами, полученными при проведении тестирования с помощью опросника HADS, это свидетельствовало о том, что более чем у 40 % пациентов IA группы, продолживших стационарное лечение, сохраняются «клинически выраженные» тревога и депрессия, результаты исследования представлены в таблицах 29 и 30.

Таким образом, у пациентов IA группы с МЛУ ТБ/ВИЧ ухудшались показатели по всем шкалам Физического компонента здоровья и по трем шкалам Психического компонента здоровья.

На основе анализа многофакторности шкал анкет ЛОБИ, HADS, SF-36 предложена тактика повышения приверженности больных МЛУ ТБ/ВИЧ к лечению в виде алгоритма индивидуальной программы действия врачей, при выявлении разных психоэмоциональных состояний у больных с МЛУ ТБ/ВИЧ, основывающейся на раннем определении психотипов и изменений психоэмоционального состояния, уровня нарушения социальной дезадаптации, тревоги и депрессии, как при поступлении в стационар, так и в динамике (Приложение Д). Разработанная тактика повышения приверженности больных МЛУ ТБ/ВИЧ к лечению в виде индивидуальной программы действия врачей при выявлении разных психотипов позволяет своевременно выявлять и

контролировать изменения психоэмоционального состояния пациентов на протяжении лечения. Отсутствие диагностированного личностного отношения к болезни (ЛОБИ), выявление состояния тревоги и депрессии (HADS) менее 50 баллов по шкалам психического и физического здоровья анкеты SF-36, обосновывает в 70,7% случаев потребность совместного наблюдения пациентов фтизиатром и медицинским психологом или психотерапевтом.

6.4 Клинические примеры применения анкетирования по опросникам ЛОБИ, HADS, SF-36 у пациентов МЛУ ТБ/ВИЧ в условиях стационара при поступлении и в динамике

Для иллюстрации определения индивидуальных психоэмоциональных особенностей и вариантов отношения к болезни при анкетировании по опросникам ЛОБИ, HADS, SF-36 у больных МЛУ ТБ/ВИЧ, с целью прогнозирования перспектив лечения и его результатов в условиях стационара, приведены следующие клинические примеры.

Клиническое наблюдение 1. Пациент Ш. 33 года, житель г. Новосибирска, поступил в клинику СТБ № 2 с жалобами на умеренную одышку при подъёме на 3 этаж, снижение массы тела на 10 кг в течение 1 года.

Изменения в легких выявлены при ФЛГ обследовании в Центре «СПИД» 4 месяца назад. В противотуберкулёзном диспансере диагностирован А16.0.1.1.2.1.1. Очаговый туберкулёз С3 правого легкого в фазе инфильтрации. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов, инфильтративная форма. МБТ-I ГДН. В амбулаторных условиях проводилось лечение по 3 режиму ХТ. Через 1 месяц выявлено ухудшение состояния в виде появления симптомов интоксикации, кашля с небольшим количеством трудноотделяемой мокроты светло-желтого цвета. При исследовании мокроты обнаружены КУМ. По данным рентгенологического обследования органов грудной клетки констатировано прогрессирование процесса в лёгких в виде двусторонней диссеминации (Рисунок 6).



Рисунок 6 – Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки пациента Ш. Легочная милиарная диссеминация с обеих сторон, двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов

Из анамнеза жизни. Контакт с больными туберкулезом отрицает. ФЛГ проходил примерно 5 лет назад. ВИЧ-инфекция выявлена 3 года назад, но у инфекциониста не наблюдался и впервые после обнаружения заболевания пришёл на иммунологическое дообследование – CD4 – 212 кл/мкл и ВН 2,9 E + 05. Поставлен на учёт с диагнозом: В 20.0, стадия вторичных заболеваний, 4Б, фаза прогрессирования, на фоне отсутствия АРВТ. Начато лечение: зидовудин, тенофовир, ламивудин.

Со слов пациента, в 2005 году был прооперирован по поводу язвы 12 перстной кишки (документы не сохранились). За 2 года до обнаружения ВИЧ, диагностирован хронический вирусный гепатит В + С, минимальной степени активности. На фоне ВИЧ выявлены оппортунистические заболевания: ЦМВ-инфекция, латентная фаза; латентная фаза хронической стадии приобретенного токсоплазмоза; атрофический кандидозный стоматит.

Социальный статус. Образование среднее, не трудоустроен, заработки случайные, собственного жилья не имеет, в МЛС не был. Алкоголем не злоупотребляет, употребляет наркотические вещества – опиаты, соли, курительные смеси в течение 5 лет. Курит в течение 17 лет.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное; грудная клетка – обычной формы; при аускультации – дыхание жесткое с обеих сторон; частота дыхательных движений – 16 в 1 минуту; сердечный ритм правильный, тоны ясные, тахикардия до 108 ударов в минуту; пульс удовлетворительного наполнения, частый; язык влажный, обложен налетом у корня. Послеоперационные рубцы по белой линии живота. При пальпации живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. При осмотре других органов и систем патологических изменений не выявлено.

В общем анализе крови выявлена ускоренная скорость оседания эритроцитов (СОЭ) до 100 мм/час при нормальном уровне лейкоцитов ($4,63 \times 10^9/\text{л}$) без сдвигов в значениях формулы крови. В общем анализе мочи патологических изменений не выявлено. В биохимическом анализе крови зарегистрировано незначительное повышение уровня трансаминаз (АЛТ 46,1 Ед/л, АСТ 51,9 Ед/л), в то время, как как показатели холестатической функции печени были повышены (ЩФ 391,3 Ед/л, ГГТП 556) при нормальном уровне общего билирубина и его фракций. Бактериовыделение люминесцентным методом зарегистрировано двукратно, в мокроте и ПВБ 1+ (10–99 КУМ в препарате), методом GeneXpert обнаружены ДНК МБТ, устойчивые к рифампицину. При посеве мокроты на неспецифическую микрофлору – роста не получено.

При спирографии выявлено: умеренное нарушение бронхиальной проходимости, жизненная емкость легких в пределах вариантов нормы, Вентиляционная способность легких умеренно снижена. Бронхиальная обструкция – обратимая.

При бронхологическом обследовании диагностировано: двухсторонний диффузный атрофический эндобронхит 0-1 степени воспаления; туберкулез бронхов – ПВДБ, правого В8, карины свищевая форма; бронхонодулярный свищ ПВДБ, формирующие бронхонодулярные свищи карины и правого В8.

По данным МСКТ ОГК – с обеих сторон симметрично, тотально определяются однотипные мелкие (милиарного характера) очаги, не склонные к слиянию. В С3 справа на границе с С4 крупный 9,9 мм очаг с признаками

перифокальной инфильтрации. Бронхи 1–3-го порядка проходимы. Корни структурные. Определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы до 15мм, и л\узлы средостения (паратрахеальные до 16 мм) и корней легких. Средостение структурно. Жидкости в полости перикарда и в плевральных полостях нет. Заключение: признаки диссеминированного туберкулеза легких с внутригрудной и периферической лимфоаденопатией (Рисунок 7).

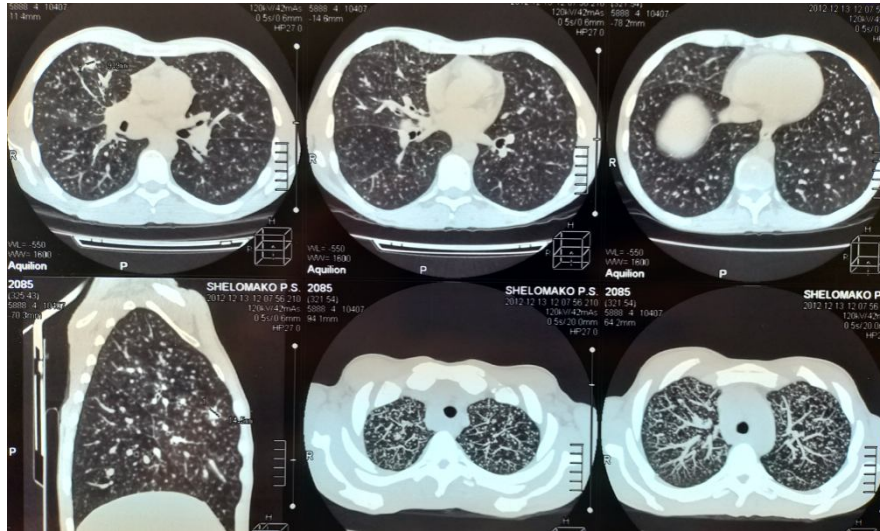


Рисунок 7 – МСКТ ОГК пациента Ш. при поступлении в стационар

Диагноз: A15.0.8.1.2.1.2. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации. Туберкулез бронхов – ПВДБ, правого В8, карины, свищевая форма. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов инфильтративная форма. МБТ+ ЛУ (R- МГМ) 1 ГДН. Осложнение: бронхонодулярный свищ ПВДБ. Сопутствующий диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4Б фаза прогрессирования на фоне отсутствия АРВТ. Хронический вирусный гепатит В + С, минимальной степени активности; ЦМВ-инфекция, латентная фаза; латентная фаза хронической стадии приобретенного токсоплазмоза; атрофический кандидозный стоматит.

При проведении анкетирования по анкете ЛОБИ – тип отношения к болезни не определен, что свидетельствовало том, что пациент ложно отвечает на вопросы анкеты, скрывает свое истинное отношение к болезни, к окружающим.

По анкете HADS по шкале Тревоги – 3 балла (норма), по шкале Депрессия – 1 балл (норма), что свидетельствовало о безразличном отношении к своему заболеванию, несмотря на клинически неблагоприятное течение как туберкулёза, так и ВИЧ-инфекции. В таблице 33 приведены результаты анкетирования пациента Ш. по анкете SF-36 при поступлении.

Таблица 33 – Результаты анкетирования пациента Ш. по анкете SF-36 при поступлении

Наименование шкалы	Показатель (баллы)	Характеристика показателя
Физическая компонента здоровья		
Физическое функционирование Physical Functioning (PF)	80	физическое состояние не ограничивает выполнение ежедневных физических нагрузок
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием Role-Physical Functioning (RP)	75	повседневная деятельность значительно не ограничена физическим состоянием пациента
Интенсивность боли Bodilypain (BP)	100	отсутствие боли
Общее состояние здоровья General Health (GH)	77	оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения
Психическая компонента здоровья		
Жизненная активность Vitality (VT)	65	ощущение сил и энергии
Социальное функционирование Social Functioning (SF)	87,50	ограничения социальных контактов в связи с ухудшением физического состояния нет
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием Role-Emotional (RE)	66,67	эмоциональное состояние не особо влияло на выполнение повседневной работы
Психическая компонента здоровья		
Психическое здоровье Mental Health (MH)	68	общий показатель эмоций выше среднего, тревога и депрессия отсутствуют
Примечание. Общее физическое благополучие 54,1 балла.		

Общее душевное благополучие 45,9 баллов, что свидетельствует о низком качестве жизни на фоне течения сочетанной инфекции – МЛУ ТБ/ВИЧ.

За время наблюдения пациента в стационаре были отмечены следующие особенности в поведении больного: отсутствие веры в наличии у него ВИЧ-инфекции (ссылался на то, что хорошо себя чувствует), был необязательным, периодически нарушал больничный режим (отказывался от приёма ПТП, т. к. «они губительно воздействуют на печень»), высказывал недовольства пребыванием в стационаре, так как это ограничивало свободу действий – возможность общения.

Пациент находился на лечении в отделении 68 койко-дней, затем самовольно покинул стационар, без проведения контрольного бактериологического (посевы) и рентгенологического исследования.

Таким образом, возможность прогнозировать раннее прекращение лечения в стационаре позволил социальный статус пациента, его особенности поведения, в свою очередь предпосылки прерывания лечения в стационаре были подтверждены и данными анкетирования. По шкалам ЛОБИ – отсутствие диагностированного типа отношения к болезни – говорит о недоверии пациента к окружающим, медицинскому персоналу, его скрытности по отношению к своему заболеванию, окружающим; отсутствие тревоги и депрессии по анкете HADS (отсутствие беспокойства за свое здоровье и близких), низких баллов по шкалам физического и психического компонента здоровья анкеты SF-36, показали отсутствие приверженности пациента к лечению. Пациенту по данным обследования необходима была помощь психолога в момент поступления и в процессе пребывания в стационаре.

Клиническое наблюдение 2. Пациент Г. 45 лет, житель Новосибирской области, в клинике ННИИТ находится с диагнозом: A16.0.8.1.2.1.1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации. Туберкулез шейных, надключичных лимфатических узлов, казеозная форма, МБТ(–) МЛУ (H,R – МГМ). 1 ГДН. Сопутствующий диагноз: B20.0, стадия вторичных заболеваний 4Б, фаза прогрессирования на фоне АРВТ. Орофарингиальный

кандидоз. Онихомикоз ногтей больших пальцев стоп. Себорейный дерматит.

При поступлении жалобы на общую слабость, повышение температуры в вечернее время до 38,5 в течение 2 месяцев, снижение аппетита и массы тела на 6 кг за 2 месяца, одышку при подъеме на 2 этаж.

Из анамнеза заболевания: находился в терапевтическом стационаре дважды в течение 1 месяца по поводу двусторонней верхнедолевой пневмонии: первый раз был выписан с клиническим улучшением, рентгенологически была достигнута незначительная положительная динамика; через неделю после выписки, пациент отметил ухудшение состояния в виде нарастания одышки, повышения температуры тела, появления увеличения шейных лимфатических узлов, в связи с чем, вновь был госпитализирован в терапевтический стационар; в мокроте люминесцентным методом КУМ не были обнаружены; выполнен Диаскинест – папула 12 мм. Фтизиатром был поставлен диагноз: A16.0.8.1.1.1.1. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации. Туберкулез шейных, надключичных лимфатических узлов. МБТ(–). 1 ГДН. И больной был преведён в ННИИТ.

Эпиданамнез: контакт с больными туберкулёзом возможно был в МСЛ; флюорографическое обследование (ФЛГ) проходил несколько лет назад;

ВИЧ-инфекция выявлена 4 года назад, впервые после обнаружения заболевания на обследование к инфекционисту пришел спустя 3 года, путь инфицирования не известен; после иммунологического первичного обследования – СД4 – 119 кл/мкл и ВН 169 000 – был сформулирован диагноз: B20.0 стадия вторичных заболеваний 4Б, фаза прогрессирования, на фоне отсутствия АРВТ; сформировано лечение: тенофовир, ламивудин, долутегравир, бисептол; со слов пациента ранее лечился по поводу пневмоцистной пневмонии.

Социальный статус: образование среднее; не работает; в местах лишения свободы был дважды; алкоголем не злоупотребляет; приём наркотических средств отрицает; не курит.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное; на коже груди, спины, кистей рук татуировки; пальпируются увеличенные периферические

лимфатические узлы: задне-шейные и надключичные с обеих сторон, справа размером до 4–5 см, слева – до 2–3 см в диаметре; подвижные, справа болезненный, с признаками флюктуации, кожа над ним синюшно-бардовая. При пальпации органов брюшной полости – печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, безболезненная. При осмотре был выявлен себорейный дерматит, при осмотре ЛОР-органов – орофарингиальный кандидоз; при осмотре стоп – онихомикоз ногтей больших пальцев стоп. Другие органы и системы без патологических изменений.

В ОАК – СОЭ до 55 мм/час при нормальном уровне лейкоцитов ($6,83 \times 10^9/\text{л}$). В ОАМ патологических изменений не выявлено. В биохимическом анализе крови отмечено только повышение уровня СРБ до 64,6 мг/л. Методом Gene Xpert обнаружены ДНК МБТ, устойчивые к H и R из мокроты и отделяемого надключичного лимфатического узла (ЛУ). При посеве отделяемого из ЛУ на ЖПС диагностирована МЛУ – HR. При посеве мокроты на неспецифическую микрофлору – роста не было получено.

При поступлении при инструментальном обследовании по данным спирографии и бронхологического обследования значимых изменений обнаружено не было;

МСКТ органов грудной клетки при поступлении: с обеих сторон – в С1-С2 слева и в С1, С2 справа определяются крупные зоны уплотнения легочной ткани размерами 65×36 мм справа и 82×52 мм слева в аксиальной проекции с довольно четкими, но не ровными контурами; по всем легочным полям множественные, преимущественно мелкие очаговые тени; в С6 справа – единичные очаговые тени до 3–4 мм с не четкими контурами; также определяется количественное увеличение лимфатических узлов средостения, часть из которых увеличены в размерах: паратрахеальные справа до 12 мм, в зоне бифуркации в виде конгломерата – до 33 мм (Рисунки 8 и 9).

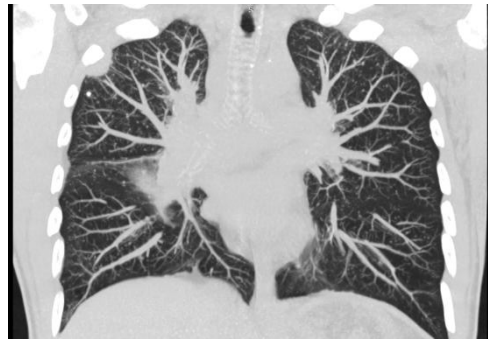


Рисунок 8 – МСКТ ОГК пациента Г. Множественные очаговые тени малых размеров с чёткими контурами по всем легочным полям; увеличенные лимфатические узлы средостения

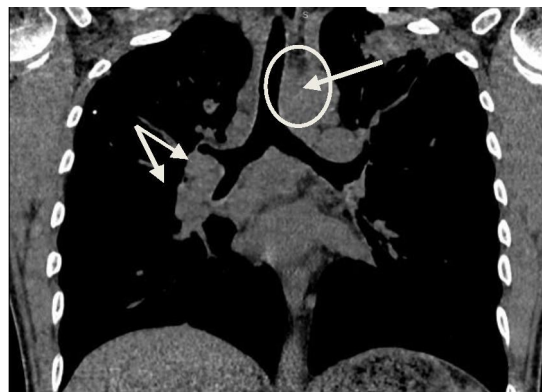


Рисунок 9 – МСКТ ОГК пациента Г.
Увеличенные лимфатические узлы средостения

Проводилось комбинированное лечение по 4 РХТ, выявлена непереносимость протионамида в виде тошноты и рвоты, реакция была купирована отменой препарата, а также патогенетическая, симптоматическая терапия, дренирование надключичного лимфатического узла справа.

Особенности поведения – пациент был общительным, разговорчивым, расспрашивал больных в отделении о течении заболевания у них, о лечении, обследовании. Медицинскому персоналу задавал вопросы о перспективе своего лечения, частоте обследования, вредности приема противотуберкулёзных препаратов, возможности заразиться «наиболее устойчивой палочкой». С беспокойством ожидал контрольного обследования.

Пациент находился на лечении в отделении 130 койко-дней, анкетирование и клинико-рентгенологический контроль был проведен через 3 месяца госпитализации.

На фоне лечения отмечена положительная клиническая динамика в виде купирования симптомов интоксикации, рентгенологическая динамика в виде частичного рассасывания и уплотнения очагово-инфильтративных изменений, уменьшения в размерах периферических лимфатических узлов, формирования рубцовых изменений в проекции надключичного узла справа, а также лабораторная, свидетельствующая об улучшении иммунологических показателей – СД4 – 145 кл/мкл; ВН – 37 800.

Результаты анкетирования.

При первичном анкетировании при поступлении по анкете ЛОБИ – тип отношения к болезни не определен.

При анкетировании через 3 месяца выявлено изменение психотипа-сформировался гармоничный тип отношения к болезни, что соответствовало положительной клинико-рентгенологической динамике.

По анкете HADS при поступлении по шкале Тревоги – пациент набрал 5 баллов (норма), по шкале Депрессия – 4 балла (норма).

Однако, при анкетировании через 3 месяца набор баллов изменился: по шкале Тревога – 9 баллов (субклинически выраженная тревога), по шкале Депрессия – 7 баллов (верхняя граница нормы), что свидетельствует об изменении отношения больного к своему состоянию, появилась надежда на дальнейшее улучшение, некоторое беспокойство о своём выздоровлении.

В таблице 34 приведены результаты анкетирования пациента Г. по анкете SF-36 при поступлении и в динамике.

Таблица 34 – Результаты анкетирования пациента Г. по анкете SF-36 при поступлении и в динамике

Наименование шкалы	Баллы при поступлении	Баллы через 3 месяца	Характеристика показателя
Физическая компонента здоровья			
Физическое функционирование Physical Functioning (PF)	45	20	физическое состояние не ограничивает выполнение ежедневных физических нагрузок
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием Role-Physical Functioning (RP)	75	10	повседневная деятельность не ограничена физическим состоянием пациента
Интенсивность боли Bodilypain (BP)	52	52	отсутствие боли
Общее состояние здоровья General Health (GH)	30	30	оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения
Психическая компонента здоровья			
Жизненная активность Vitality (VT)	40	40	ощущение сил и энергии
Социальное функционирование Social Functioning (SF)	87,50	50	ограничения социальных контактов в связи с ухудшением физического состояния нет
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием Role-Emotional (RE)	100	10	эмоциональное состояние не влияло на выполнение повседневной работы
Психическое здоровье Mental Health (MH)	44	44	общий показатель эмоций выше среднего, тревога и депрессия отсутствуют
Примечание. При поступлении: Общее физическое благополучие 36,0 баллов; Общее душевное благополучие 47,7 баллов. В динамике через 3 месяца: Общее физическое благополучие 29,6 баллов; Общее душевное благополучие 35,3 баллов.			

По анкете SF-36 качество жизни снижено по шкалам, как физической, так и психической компоненты здоровья, несмотря на положительную клинико-рентгенологическую динамику на фоне лечения.

Таким образом, при поступлении в стационар у больного по шкалам ЛОБИ отсутствовал диагностический тип отношения к болезни, по анкете HADS – состояния тревоги и депрессии были в пределах нормы, низкими были баллы по шкалам физического и психического компонента здоровья анкеты SF-36. С учетом обследования по шкалам ЛОБИ тип отношения к болезни не определялся и низким баллом по анкете SF-36, что являлось показанием для консультации психолога на первоначальном этапе.

При анкетировании пациента в динамике, через первые 2 месяца успешного клинико-рентгенологического противотуберкулёзного лечения, получен положительный психоэмоциональный ответ пациента, который выражался в формировании гармоничного типа отношения к болезни по шкале ЛОБИ. В то же время по анкете HADS в динамике диагностирована субклинически выраженная тревога и пограничные значения по шкале депрессии, что свидетельствовало о замене безразличия к своему здоровью на появление надежды на улучшение, возможность излечения. Однако по анкете SF-36 качество жизни оставалось снижено по шкалам, как физической, так и психической компоненты здоровья, общий балл снижался, что подтверждало изменение психотипа и свидетельствовало о необходимости проведения индивидуальной работы с данным пациентом.

Таким образом, из приведенных примеров следует, что у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ, сложных в социальном, эпидемиологическом отношении проведение анкетирования по 3 анкетам на раннем этапе госпитализации и в динамике позволяет регистрировать и прогнозировать настроенность больных на лечение в условиях стационара. Показывает необходимость, перспективы индивидуальной работы медперсонала с такого рода пациентами, а также привлечения в лечебный процесс психолога, возможно психотерапевта для успешного дальнейшего лечения в условиях стационара.

РЕЗЮМЕ

С целью изучения психоэмоционального статуса и социальной адаптации пациентов IA группы (МЛУ ТБ/ВИЧ) и IIБ группы (МЛУ ТБ) использовались анкеты: ЛОБИ, HADS и SF-36. По типу отношения к болезни, при проведении анкетирования с использованием клинического опросника ЛОБИ. У большинства обследованных IA – (51,9 %) и IIБ группы (45,9 %) диагностический тип реагирования на болезнь не определялся. У остальных пациентов, диагностировано нарушение социальной и психоэмоциональной дезадаптации с интра- (II блок) и интерпсихической (III блок) направленностью, которая приводит к глубоким эмоциональным переживаниям, усугубляющим процесс адаптации. В то же время в IA блоке с наименьшей выраженностью социальной дезадаптации наиболее часто диагностировался «Эйфорический тип», менее благополучный в психоэмоциональном и адаптационном отношении, характеризующийся необоснованно повышенным настроением, с пренебрежительным отношением к болезни. Определение типа личностного реагирования в динамике через 3 месяца лечения выявляет нестабильность типов реагирования на болезнь и их изменение, при этом психоэмоциональное состояние пациентов IA группы было более лабильно, чем во IIБ. Полученные данные позволяют, в рамках психокоррекционной работы использовать опросник, как инструмент для оценки на первоначальном этапе и в динамике психоэмоционального состояния и влиять на изменение отношения к своему заболеванию с целью повышения приверженности к лечению, что является ключевым моментом в повышении социальной адаптации.

Другими проявлениями психоэмоционального состояния пациентов являются тревога и депрессия. С целью своевременного определения у больных этих состояний, а также степени их выраженности в работе использован опросник HADS, на основании которого выявлено, что на момент госпитализации с «клинически выраженной депрессией» чаще наблюдались пациенты в IA группе. В динамике уровень «клинически выраженной» тревоги и депрессии увеличился, выраженное беспокойство больных за свое здоровье предупреждает

преждевременный уход из стационара. В то же время увеличение состояния тревоги и депрессии делает необходимым проведение консультации психолога для коррекции психоэмоционального фона пациентов.

Проведено анкетирование по шкале SF-36 с целью самооценки больными физического и психического аспектов качества жизни. На момент поступления в стационар качество жизни ниже у пациентов IA группы, чем IIБ, по двум шкалам – физического и психологического компонентов здоровья, что свидетельствовало об их низкой оценке состояния своего здоровья, а психологическое неблагополучие было связано с тревогой и депрессией, подтвержденной анкетой HADS. В динамике у респондентов IA группы показатели ухудшились по всем шкалам Физического компонента здоровья и по трем шкалам Психического компонента здоровья.

Многофакторность шкал анкет ЛОБИ, HADS, SF-36 позволяет выявить и контролировать изменения в психоэмоциональном состоянии пациентов в динамике и делает необходимым обоснованное совместное наблюдение пациентов фтизиатром и психологом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на улучшение эпидемиологической ситуации по ТБ с тенденцией к ее улучшению, как во всем мире, так и в РФ, в ряде ее территорий, при этом отмечается рост числа больных ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией и МЛУ возбудителя [85, 195]. ВИЧ-инфекция оказывает влияние на напряженность эпидемического процесса ТБ, что особенно выражено на территориях с высоким уровнем распространения этих заболеваний [18, 37, 71, 153]. Особую проблему, представляющую эпидемиологическую опасность, составляет лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза у лиц с ВИЧ-инфекцией [224, 256]. МЛУ ТБ и ВИЧ-инфекция объединились в смертельно опасную синдемию [177]. Несвоевременное выявление ТБ, в сочетании с поздно диагностированной ВИЧ-инфекцией в стадии выраженного иммунодефицита, оппортунистических заболеваний, обусловлено сложностями социального статуса пациентов, прерванное, не законченное лечение, наличие ЛУ приводят к снижению эффективности терапии, как туберкулеза, так и ВИЧ [35, 75].

Сложившаяся эпидемиологическая ситуация по ТБ/ВИЧ требует контроля за эпидемиологическими показателями СИ в районах НСО и г. Новосибирска, поиска новых подходов к повышению мотивации больных ТБ/ВИЧ к обследованию и лечению как на амбулаторном, так и на стационарном этапах наблюдения. Предикторы низкой приверженности пациентов ТБ/ВИЧ к обследованию и лечению у разных категорий больных, проживающих как в сельских, так и городских районах, с ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-негативных изучены недостаточно, что и явилось предпосылкой к проведению настоящего исследования. Недостаточно изученным является путь определения личностных психоэмоциональных особенностей, изучения физиологических и психологических компонентов качества жизни пациентов с целью обеспечения непрерывного, индивидуального, комплексного подхода к формированию отношения пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ, к лечению на разных этапах наблюдения, для обеспечения его эффективности.

Исследование проводилось в III этапа: I этап – когортное, ретроспективное исследование доли ТБ/ВИЧ в СФО с 2010 по 2018 гг., а также показателя заболеваемости и доли впервые выявленных ТБ/ВИЧ в сельских и городских районах Новосибирской области с 2014 по 2018 гг.; II этап – когортное, ретроспективное исследование медико-социальных характеристик 639 больных с впервые выявленной СИ на амбулаторном этапе. Проводился анализ медицинской документации карт № 263/у-ТБ персонального учета впервые выявленных больных ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Было сформировано 4 группы. Первая (I) – из данных 188 карт впервые выявленных больных ТБ/ВИЧ в 2014 г., проживающих в НСО, II группу – из данных 148 карт больных ТБ/ВИЧ г. Новосибирска, также за 2014 г., III группа представлена – данными 168 карт больных ТБ/ВИЧ из НСО за 2018 год, и IV группа – 135 картами больных ТБ/ВИЧ г. Новосибирска за 2018 год. На III этапе – когортное, проспективное исследование, изучение медико-социальных и индивидуальных психоэмоциональных особенностей 133 больных МЛУ ТБ/ВИЧ и 61 с МЛУ ТБ в динамике на стационарном этапе с использованием опросников ЛОБИ, HADS, SF-36.

На I – эпидемиологическом этапе исследования было выявлено ежегодное увеличение числа пациентов с ТБ/ВИЧ в СФО с 2010 по 2018 гг., НСО и в городе Новосибирске с 2014 по 2018 гг. В СФО из 10 субъектов остаются благополучными по СИ 3 республики – Тыва, Хакасия и Алтай. Наиболее неблагополучными по заболеваемости за 2010, 2018 гг. являлись Кемеровская (10,1–44,8), Томская (1,8–36,2), Иркутская (17,0–33,9) и Новосибирская области (3,3–31,8).

Из 30 районов НСО наивысшие показатели заболеваемости с впервые выявленной сочетанной инфекцией (СИ) выявлены в 2018 г. – от 50,3 до 96,0 на 100 тыс. населения в 7 аграрно-промышленных районах, прилежащих к г. Новосибирску. Это Коченевский, Черепановский, Мошковский, Маслянинский, Искитимский, Колыванский и Тогучинский районы. В этих же районах отмечен и рост доли больных ТБ/ВИЧ к 2018 г. – от 27,85 до 50,0. В г. Новосибирске из 10

районов отмечалось ежегодное увеличение заболеваемости ТБ/ВИЧ в крупных районах с активным промышленным производством – Ленинском – (35,3–42,3), Кировском – (25,8–39,5), Дзержинском – (28,9–36,1), Первомайском (41,7–40,2). Наименьший показатель заболеваемости ТБ/ВИЧ зарегистрирован в Центральном районе – (13,8–9,1). Также выявлено увеличение доли впервые выявленных пациентов с ТБ/ВИЧ с 2014 г. к 2018 г. в отдельных районах города: Ленинском – 31,4–39,1 %, Дзержинском – 27,3–38,6 %, Калининском – 19,1–35,8 %, Железнодорожном – 26,8–35,9 %, Советском – 27,9–34,7 %. В Первомайском районе доля впервые выявленных имела малую тенденцию к снижению – 32,6 % в 2014 г. и 30,8 % в 2018 г. Ежегодное увеличение заболеваемости и доли больных ТБ/ВИЧ в районах НСО и Новосибирска, послужило предпосылкой для изучения медико-социальных предикторов их роста в условиях сельской местности и города на амбулаторном этапе.

На II – амбулаторном этапе исследования при анализе данных карт № 263/у-ТБ персонального учета больного туберкулёзом, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, четырех групп: I–НСО – 2014 г.; II–город – 2014г; III–НСО – 2018 г.; IV–город – 2018 г. Выявлены общие характеристики для больных всех групп, чаще это были мужчины: в I группе – 78,2 %, во II – 83,1 %, в III – 75,6 %, в IV – 72,6 %; молодого возраста $Me = 36,8$ лет; неработающие: в I группе – 85,6 %, во II – 86,5 %, III – 89,2 %, в IV – 80 % ($p < 0,05$, χ^2); неблагополучными социальными особенностями этой категории больных были: у городских жителей пребывание в МЛС в анамнезе в 2014 г. отмечалось чаще во II группе – 57,4 %, в сравнении с проживающими в НСО – (I группа) – 43,1 % ($p = 0,01$, χ^2), III – 42,2 % ($p = 0,009$, χ^2); алкогольная и наркотическая зависимость чаще была выявлена у пациентов, проживающих в городе, как в 2014 г. – 68,9 % и 53,7 % (II-I $p = 0,005$, χ^2), так и в 2018 г. 28,9 % и 18,5 % (IV-III $p = 0,03$, χ^2).

Из медицинских факторов неблагополучия было обнаружено наличие контакта пациентов с больными ТБ в МЛС, чаще у проживающих в городе в 2014 г, по сравнению с жителями НСО – 91,4 % и 75,7 % (II-I $p = 0,01$, χ^2) и в 2018 г, жителей города в сравнении с НСО 88,1 % и 65,1 % (IV-III $p = 0,001$, χ^2).

В 2014 г. семейный контакт чаще выявляли в I группе – 31,1 %, чем во II – 4,3 % (I-II $p = 0,04$, χ^2). Диагностировали ТБ легких при обращении с жалобами в ПМСП у жителей города чаще, чем при очередном ФЛГ осмотре у жителей НСО, как в 2014 г. – 67,6 % и 49,5 % (II-I $p < 0,001$), так и в 2018 г. – 62,9 % и 50,6 % (IV-III $p = 0,03$, χ^2). Распространенный инфильтративный туберкулез легких в 2014 г. у жителей села диагностировали чаще, чем у жителей города, диссеминированный – одинаково часто независимо от места проживания. Бактериовыделение методом ЛМ было обнаружено одинаково часто у пациентов всех четырех групп: в I – у 99 (52,6 %), во II у 74 (50 %), в III у 93 (55,3 %), в IV у 71 (52,6 %). Исследования на чувствительность к ПТП проведены у малого числа больных на момент формирования карты № 263/у-ТБ – в I группе – 38,3 %, во II – 40,5 %, в III – 65,6 %, в IV – 54,9 %, однако даже у этих пациентов ЛУ МБТ к ПТП обнаружена во всех группах – в I группе – 92,1 %, во II – 83,8 %, в III – 73,8 %, в IV – 76,9 %.

Основным путём передачи ВИЧ-инфекции в 2014 г. был парентеральный, независимо от места проживания пациентов, – в I группе 69,7 %, во II – 75 %, в сравнении с данными 2018 г. – в III группе – 23,2 % (I-III $p < 0,001$, χ^2) и IV – 22,9 % (II-IV $p < 0,001$, χ^2). В 2018 г. у большинства пациентов путь передачи инфекции не был установлен – в III группе у 42,9 %, в IV – 46,7 %, I – 4,8 %, II – 5,4 % (III-I $p < 0,001$; IV-II $p < 0,001$, χ^2). Половой путь передачи ВИЧ-инфекции чаще был отмечен у больных IV группы – 30,4 %, чем во II группе – 9,6 % (IV-II $p = 0,03$, χ^2), у проживающих в НСО определялся одинаково часто – I группа – 25,5 %, в III – 33,9 % (I-III $p = 0,1$, χ^2).

После подтверждения иммуноферментного анализа иммунным блотингом, на запланированное дообследование в инфекционную службу в 2014 г. чаще обращались пациенты, проживающие в НСО: – в I группе – 62,5 %, II группе – 49,3 % (I-II $p = 0,02$, χ^2), в то время как в 2018 г., независимо от места жительства, увеличилось число обращений : – в III группе – 79,1 %, IV – 84,1 % (IV-II $p < 0,001$; III-I $p = 0,0004$, χ^2). В то же время выявлено увеличение средних сроков дообследования в инфекционной службе с 6,8 [2...144] месяцев в I группе, до

42 [3...142] месяцев в III группе и с 10,5 [1...120] месяцев во II группе до 52 [1...140] в IV ($p < 0,001$, U-критерий Манна – Уитни).

Независимо от места проживания у больных чаще диагностировалась IVБ стадия ВИЧ-инфекции: в I группе – 54,7 %, во II – 46,5 % в III группе – 70,7 %, в IV – 69,1 % (III-I $p = 0,01$; III-II $p = 0,0009$, χ^2), которая характеризовалась выраженным иммунодефицитом – от 240 до 300 кл/мкл: I – $242 \pm 144,5$, II – $229,4 \pm 121,6$, III – $286 \pm 168,8$, IV – $285,2 \pm 161,8$. После назначения АРВТ сроки обращения пациентов в инфекционную службу увеличились независимо от места жительства с полугода в 2014 г., до года в 2018 г., что значительно превышало назначенный инфекционистом срок обследования – от до 1 до 3 месяцев. Больные I группы на повторный приём приходили через ($5,5 \pm 4,7$) месяцев, во II – через ($5,2 \pm 3,4$) месяцев, тогда как в III группе обращение было – через ($10,4 \pm 9,5$), в IV – через ($14,4 \pm 13,9$) месяцев, из-за недисциплинированности больных и отсутствия активного контроля этих пациентов в инфекционной службе. Лечение больных АРВТ было прервано. Значительное превышение сроков повторного обследования свидетельствует о необходимости повсеместного, активного, совместного наблюдения и контроля за пациентами с ТБ/ВИЧ фтизиатрической и инфекционной службами. Больные ТБ/ВИЧ требуют междисциплинарного подхода на амбулаторном этапе наблюдения (Приложение Г).

Позднее выявление, как ТБ, так и ВИЧ-инфекции, обусловленное особенностями неблагополучного социального статуса пациентов, независимо от места проживания и времени наблюдения – 2014, 2018 гг., низкой приверженностью к обследованию, а в последующем и к лечению ВИЧ-инфекции на амбулаторном этапе, явилось предпосылкой для изучения медико-социальных, индивидуальных, психоэмоциональных особенностей и качества жизни пациентов с сочетанной инфекцией на стационарном этапе.

На третьем – стационарном этапе, проведен анализ особенностей медико-социальных, психоэмоциональных характеристик пациентов двух групп. Исследование когортное, проспективное. Первую группу (IA) составили

133 больных с МЛУ ТБ/ВИЧ, вторую (ПБ) – 61 пациент с МЛУ ТБ без ВИЧ-инфекции.

В процессе исследования выявлены неблагоприятные социальные особенности больных с МЛУ ТБ/ВИЧ в сравнении с МЛУ ТБ без ВИЧ-инфекции, снижающие приверженность к лечению в условиях стационара. У пациентов IA группы образовательный уровень был ниже, чем ПБ – 48,1 % и 67,2 % ($p = 0,01$, χ^2), были безработными – 78,2 % и 57,4 % ($p = 0,003$, χ^2), с низким уровнем дохода – 86,2 % и 53,8 % ($p = 0,01$, χ^2), наличие семьи реже – 33,1 % и 65,6 % ($p < 0,001$, χ^2), в прошлом были судимости – 61,6 % и 9,8 % ($p < 0,001$, χ^2), алкогольная зависимость – 70,7 % и 32,8 % ($p < 0,001$, χ^2), наркотическая – 77,4 % и 3,2 % ($p < 0,001$, χ^2), табачная – 92,5 % и 41 % ($p < 0,001$, χ^2). Таким образом, пациенты без ВИЧ-инфекции были более благополучны.

При изучении анамнестических особенностей заболеваний пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ, было выявлено следующее: контакт с источником туберкулезной инфекции чаще был отмечен у пациентов IA группы в сравнении со ПБ – 72,9 % и 44,3 % ($p = 0,0002$, χ^2); наиболее частым видом контакта был контакт в МЛС – 84,5 % и 22,2 % ($p < 0,001$, χ^2), в то время как семейный контакт чаще был зафиксирован у пациентов с МЛУ ТБ 77,8 %. Клинические особенности у пациентов МЛУ ТБ/ВИЧ также были явными: выявление ТБ при обращении с жалобами в ПМСП чаще было отмечено у пациентов IA группы – в 72,7 % случаев, тогда как во ПБ – в 44,3 % ($p = 0,0003$, χ^2); туберкулез легких сочетался с внелегочным туберкулёзным поражением у 18,8% пациентов только IA группы. Однако одинаково часто на момент госпитализации в противотуберкулезный стационар диагностировались распространенные формы туберкулеза – диссеминированный 49,6 % и 34,4 %, а также инфильтративный 50,4 % и 65,6 %, с наличием полостей – у 72,9 % и 77 % ($p = 0,5$, χ^2) соответственно группам, реже – плеврит в сочетании с туберкулезом бронхов – у 15 % и 19,7 % ($p = 0,8$, χ^2).

У пациентов обеих групп в анамнезе было от 1 до 4-х сопутствующих, соматических заболеваний без клинических проявлений на момент поступления в стационар – в IA группе в 58,6 % случаев, во ПБ – в 59 % ($p = 1,0$, χ^2). Наиболее

частым был ХВГС минимальной степени активности и неизвестной давностью заражения – в 82,7 % случаев и в 11,5 % ($p < 0,001, \chi^2$) соответственно группам.

В процессе бактериологического исследования методом ЛМ бактериовыделение было выявлено у 83 (62,4 %) пациентов IA группы и у 34 (55,7 %) – IB ($p = 0,4, \chi^2$), методом посева на ППС и ПЦР МЛУ МБТ – у 86,5 % и 68,9 %, ШЛУ 13,5 % и 31,1.

У всех пациентов IA группы ВИЧ-инфекция была диагностирована на догоспитальном этапе, чаще – IVБ стадия – 88,7 %, IVВ – значительно реже – 11,3 %, при средних значениях СД 4 – $275 \pm 170,2$, вирусной нагрузки – $1,6 \cdot 10^5$. На фоне выраженного иммунодефицита были выявлены оппортунистические заболевания – 33,8 %, в основном кандидозы – 77,8 %, в единичных случаях – опоясывающий герпес.

В стационаре противотуберкулезное лечение проводилось в соответствии с результатами ЛУ по IV режиму ХТ. Неудовлетворительная переносимость препаратов отмечалась одинаково часто, как у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ – 39,8 %, так и у пациентов с МЛУ ТБ 50,8 % ($p = 0,1, \chi^2$). Из частых нежелательных побочных реакций у пациентов IA группы были кожно-аллергические реакции – в 43,4 % случаев, у больных IB группы – в 17,9 % ($p = 0,01, \chi^2$). Гиперурикемия без суставного синдрома чаще диагностировалась у пациентов IB группы – 42,9 %, чем у больных IA – 15,1 % ($p = 0,02, \chi^2$). Несмотря на часто диагностируемый ХВГС у пациентов IA группы на фоне приема ПТП гепатотоксические реакции выявлялись одинаково часто, как в IA так и в IB – 17 % и 10,7 % ($p = 0,5, \chi^2$).

На фоне приема ПТП была отмечена низкая приверженность к лечению, соблюдению больничного режима в виде употребления алкоголя, психоактивных веществ, самовольного ухода из стационара: у 94 (70,7 %) пациентов IA группы, в IB – у 5 (8,2 %) ($p < 0,001, \chi^2$), все эти пациенты имели низкий социальный статус. Средние сроки пребывания в стационаре пациентов IA группы составили, Me = 3 месяца [18...240 дней], в IB группе, Me = 5,9 месяца [22...410 дней], ($p = 0,018, U$ – критерий Манна – Уитни).

За 3 месяца наблюдения, негативация мазка мокроты ЛМ произошла у больных IА группы в 51,8 % случаев, тогда как во IIБ – в 76,5 % (ОШ = 3,02; 95 % ДИ 1,93–7,45; $p = 0,02$, χ^2); прекращение бактериовыделения методом посева на ППС у пациентов IА группы отмечено в 41,9 %, во IIБ в 64,3 % (ОШ = 2,5 95 % ДИ 1,2–5,2; $p < 0,018$, χ^2); закрытие полостей распада в 10,3 %, во II – в 38,3 % (ОШ = 5,4 95 % ДИ 2,24–13,02; $p = 0,0002$, χ^2).

Чаще самовольно покидали стационар и были выписаны за нарушение режима больные IА группы – в 58,6 % случаев, во IIБ – в 9,8 % ($p < 0,001$, χ^2). В IА группе среди пациентов, проживающих в городе, чаще были выявлены нарушители больничного режима – 80,8 %, тогда как среди жителей из сельской местности – в 19,2 % ($p < 0,001$, χ^2). Независимо от места жительства нарушителями режима чаще были мужчины, чем женщины ($p < 0,001$, χ^2). Во IIБ группе из числа выписанных досрочно больных, разницы в зависимости от пола и места жительства не выявлено.

Таким образом, у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ, в отличие от МЛУ ТБ выявлены медико-социальные особенности, влияющие на приверженность и эффективность лечения. Учитывая неблагоприятный медико-социальный статус пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ делает необходимым изучение индивидуальных психоэмоциональных особенностей и качества жизни больных. С этой целью проводилось анкетирование по взаимодополняющим тестовым опросникам: ЛОБИ, SF-36 и HADS – при поступлении в стационар и через 3 месяца лечения (у продолживших лечение в стационаре), после проведения клинико-рентгено-бактериологического обследования. Анкета ЛОБИ позволяла провести оценку психоэмоциональных характеристик с выявлением типа личностного отношения к болезни и уровня социальной адаптации. При помощи опросника HADS было возможно установить наличие и уровень клинически и субклинически выраженных тревоги и депрессии у пациентов на фоне заболеваний. Анкета SF-36 была использована для определения качества жизни, а также ряда аспектов психического и физического функционирования на

основании оценки самого больного и выявить уровень качества жизни по определению к условной норме.

При проведении анализа полученных результатов по анкете ЛОБИ разницы между распределением типов отношения к болезни между группами не обнаружено. У большинства обследованных IА группы – 51,9 % и IIБ – 45,9 % диагностический тип реагирования на болезнь не определялся, т. е. при анкетировании этих больных невозможно было определить их психоэмоциональное состояние, отношение к болезни, окружению, а соответственно и уровень социальной адаптации. У остальных пациентов, диагностировано нарушение социальной и психоэмоциональной дезадаптации с интра- (II блок) 9 % – IА группы и 3,3 % – IIБ; и интерпсихической (III блок) направленностью 9,8 % и 14,7 %, которая свидетельствует о глубоких эмоциональных переживаниях, усугубляющих процесс адаптации. В то же время в I блоке с наименее выраженной социальной дезадаптацией наиболее часто диагностировали «Эйфорический тип» – 83,3 % и 50 %, менее благополучный в психоэмоциональном и адаптационном отношении, характеризующийся необоснованно повышенным настроением, с пренебрежительным отношением к болезни. При проведении контрольного анкетирования в динамике пациентов IА и IIБ группы, продолживших лечение для определения типа отношения к болезни, позволило выявить их изменение. В IА группе повторно заполнили анкеты, оставшиеся на стационарном лечении – 55 (41,4 %) пациентов из 133 на первоначальном этапе, во IIБ – 54 (88,5 %) из 61. В первый блок вошли 16,4 % пациентов из IА группы и 13 % из IIБ. Во II блок – 10,9 % – IА группы и 9,2 % – IIБ. В III блок – 5,4 % – IА группы и 13 % – IIБ группы. «Без типа отношения к болезни» – 56,4 % – IА группы и 55,6 % – IIБ и «смешанный» – 9,1 % в IА группе и 9,2 % – IIБ. При определении типа личностного реагирования в динамике через 3 месяца лечения была выявлена нестабильность типов реагирования на болезнь, их изменение, при этом психоэмоциональное состояние пациентов IА группы было более лабильно, чем во IIБ. Так из продолживших лечение пациентов IА группы у 70,9 % изменился тип отношения к болезни у 29,1 % – остался

прежним, во ПБ – у 12,9 % и у 87,1 % соответственно ($p < 0,001$, χ^2). Чаше в IA группе досрочно покидали стационар пациенты «без диагностического типа» отношения к болезни, чем во ПБ: 71 % и 7,14% ($p < 0,001$, χ^2). При сравнении между группами в IA – чаще, чем во ПБ из стационара уходили пациенты со «смешанным» типом реагирования на болезнь 47,6 % и 25 % ($p < 0,003$, χ^2).

Таким образом, в динамике выявлена нестабильность типов реагирования на болезнь, их изменение, а так же частое самовольное прекращение лечения больных без определенного диагностического типа реагирования на болезнь, что требует особого внимания к таким больным, со стороны фтизиатра и показывает необходимость работы психолога с подобного рода пациентами.

С целью определения состояния тревоги и депрессии использовали анкету HADS. Анализ результатов работы со шкалами опросника при поступлении в стационар выявил, что уровень тревоги у пациентов IA и ПБ группы не различался, однако через 3 месяца от начала лечения у пациентов IA группы уровень тревоги достоверно увеличился ($p = 0,002$, ТТФ). Уровень депрессии у пациентов IA группы был выше, чем у пациентов ПБ группы как при поступлении ($p = 0,021$, ТТФ), так и через 3 месяца после лечения ($p < 0,001$, ТТФ). У больных IA группы «клинически выраженная тревога» 36,4 % и 10,5 % ($p = 0,05$, ТТФ) и «клинически выраженная депрессия» 48,8 % и 23,1 % ($p = 0,023$, ТТФ) диагностировались значительно чаще, по сравнению с пациентами ПБ группы.

Через 3 месяца лечения в стационаре состояние тревоги чаще отмечалось у пациентов IA группы – 43,6 %, чем ПБ – 13 % ($p = 0,0005$, ТТФ), депрессии – 38,2 % и 14,8 % больных ($p = 0,004$, ТТФ). Уточнение уровня тревоги и депрессии, позволило выявить, что как «субклинически выраженная» 66,7 % и 85,7 % ($p = 0,032$, ТТФ), «клинически выраженная» тревога 37,5 и 14,3 % ($p = 0,037$, ТТФ), так и «клинически выраженная депрессия» 47,6 % и 12,5 % ($p = 0,011$, ТТФ), статистически достоверно выше у пациентов IA группы, чем ПБ.

Таким образом, у пациентов IA группы уровень тревоги и депрессии выше, чем у больных ПБ группы, как при поступлении, так и через 3 месяца от начала лечения в стационаре, с высоким уровнем «клинически выраженных» проявлений

двух этих состояний, что требует постоянного внимания фтизиатра, медицинского психолога, при необходимости психотерапевта.

С целью определения качества жизни, а также ряда аспектов психического и физического функционирования на основании оценки самого больного проведен анализ результатов работы со шкалами опросника SF-36 пациентов IA и ПБ групп.

При анализе физического компонента здоровья (ограничение выполнения своих повседневных обязанностей, связанных с физическим состоянием здоровья) IA и ПБ групп пациентов, были установлены существенные различия, свидетельствующие о более низком уровне качества жизни больных IA группы, чем ПБ по шкалам: «Физическое функционирование» в 55 баллов с интерквартильным размахом [35–90] и 75 с квантилем [50–90], ($p = 0,026$); «Общее состояние здоровья» с баллом 47 и интерквартильным размахом [35–55], во ПБ 69 [51–84] ($p = 0,004$).

Снижение качества жизни было отмечено и по психологической компоненте здоровья (ограничение повседневной социальной, жизненной активности, связанной с психологическим неблагополучием, тревогой и депрессией) по шкалам: «Жизненной активности» 50 [45–55] и 65 [50–75] ($p < 0,001$), так как большинство пациентов указывало на снижение способности к активным действиям в результате усталости, слабости, необходимости приема ПТП, соблюдения режима в стационаре; «Психического здоровья» 56 [52–64] и 64 [48–76] ($p = 0,024$), что свидетельствовало о снижении общего показателя положительных эмоций, а психологическое неблагополучие связано с тревогой и депрессией. При анализе результатов ответов респондентов средний балл по «Психическому компоненту здоровья» и «Общему баллу» по опроснику SF-36 у пациентов ПБ группы оказались достоверно выше, чем – IA ($p = 0,006$ и $p = 0,007$ соответственно).

При оценке результатов ответов проведенного анкетирования через 3 месяца, полученные данные свидетельствовали о достоверном снижении качества жизни по всем четырем шкалам «Физической компоненты здоровья» в IA группе, чем ПБ: «Физического функционирования» 55 [42,5–85] и 80 [67,5–95]

($p < 0,001$), «Ролевого физического функционирования» 25 [0–100] и 75 [25–100], ($p = 0,05$), «Интенсивности боли» 62 [41–97] и 82 [57–100] ($p = 0,007$) и «Общего состояния здоровья» 41 [36–48] и 68 [59–82] ($p = 0,042$). Снижение качества жизни отмечено и по трем шкалам «Психического компонента здоровья»: «Жизненной активности» 43 [41–46] и 61 [56–66] ($p < 0,001$), «Социального функционирования» 50 [45–55] и 70 [52,5–77,5] ($p < 0,001$) и «Психического здоровья» 33,3 [0–100] и 100 [66,6–100] ($p = 0,028$). «Общий балл» по анкете SF-36 в IA группе ниже – 44,6 [36,6–46,9], чем во IB – 47,8 [42,5–52] ($p < 0,001$). Полученные данные показывают большее снижение качества жизни пациентов IA группы, чем IB. В динамике качество жизни пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ ухудшается по четырем шкалам «Физической компоненты здоровья» и по трем «Психической компоненты здоровья».

В целом, проведенное исследование с использованием анкет ЛОБИ, SF-36, HADS, свидетельствует о значительных изменениях психоэмоционального состояния пациентов, что позволило разработать тактику повышения приверженности больных МЛУ ТБ/ВИЧ к лечению в виде индивидуальной программы действия врачей при выявлении разных психоэмоциональных состояний в динамике. Отсутствие диагностированного личностного отношения к болезни (ЛОБИ), выявление состояния тревоги и депрессии (HADS), менее 50 баллов по шкалам психического и физического здоровья анкеты SF-36, самовольный уход из стационара обосновывает в 70,7 % случаев потребность совместного наблюдения пациентов фтизиатром и медицинским психологом или психотерапевтом.

РЕЗЮМЕ

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о росте эпидемиологических показателей сочетанной инфекции – ТБ/ВИЧ в регионах СФО, в городских и сельских районах НСО. Определение медико-социальных факторов неблагополучия делает необходимым совместное, активное раннее выявление, контрольное наблюдение больных ТБ/ВИЧ на амбулаторном этапе как фтизиатрической так и инфекционной службами. На стационарном этапе

выявление индивидуальных психоэмоциональных особенностей, нарушений социальной адаптации, низкого уровня качества жизни у больных с МЛУ ТБ/ВИЧ является основанием для совместного наблюдения и лечения фтизиатром и работниками психологической службы. Больные ТБ/ВИЧ требуют междисциплинарного подхода как на амбулаторном, так и на стационарном этапах наблюдения. Коррекция медико-социальных, психоэмоциональных предикторов низкой приверженности к обследованию и лечению пациентов с сочетанной инфекцией позволит повысить эффективность наблюдения и лечения этой сложной категории больных.

ВЫВОДЫ

1. Установлено ежегодное увеличение доли больных с ТБ/ВИЧ в СФО с 2010 по 2018 гг. Из 10 субъектов СФО неблагополучными по сочетанной инфекции являются Кемеровская, Томская, Иркутская и Новосибирская области; благополучными – республики Тыва, Хакасия и Алтай. С 2014 по 2018 гг. из 30 районов НСО в 7 аграрно-промышленных районах, прилежащих к Новосибирску и в 3 из 10 городских районах Новосибирска с активным промышленным производством, отмечено ежегодное увеличение заболеваемости и доли больных ТБ/ВИЧ.

2. Увеличение сроков дообследования в инфекционной службе у проживающих в НСО с 6,8 месяцев в 2014 г. до 42 месяцев в 2018 г., у жителей города – с 10 месяцев в 2014 г. до 52 месяцев в 2018 г. ($p < 0,001$, U) свидетельствует о низкой приверженности пациентов ТБ/ВИЧ, обусловлено неблагоприятными социальными факторами. Пребывание в МЛС (II-I $p = 0,01$; II-III $p = 0,009$; IV-III $p = 0,001$); алко- и наркотическая зависимость (II-I $p = 0,005$, IV-III $p = 0,03$); выявление ТБ при обращении с жалобами по сравнению с выявлением при ФЛГ обследовании (II-I $p = 0,001$, IV-III $p = 0,03$, IV-I $p = 0,01$, III-II $p = 0,002$) обнаружено чаще у жителей города, чем в районах НСО, что являлось причиной позднего выявления как ВИЧ-инфекции IVБ стадии, так и распространенных форм туберкулеза.

3. Низкая эффективность лечения в стационаре больных МЛУ ТБ/ВИЧ регистрировалась чаще, чем больных с МЛУ ТБ: негативация мазка мокроты ЛМ (ОШ = 3,02; 95 % ДИ 1,93–7,45, $p = 0,02$, χ^2); прекращение бактериовыделения методом посева на ППС (ОШ = 2,5 95 % ДИ 1,2–5,2, $p < 0,018$, χ^2), закрытие полостей распада (ОШ = 5,4 95 % ДИ 2,24–13,02, $p = 0,0002$, χ^2), обусловлена низкой приверженностью к приему ПТП, нарушением больничного режима, самовольным уходом из стационара 70,7 % и 8,2 % ($p < 0,001$) на фоне медико-социального неблагополучия пациентов.

4. Определены личностные, психоэмоциональные особенности пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и критерии приверженности к лечению на стационарном этапе – наличие у пациентов состояния тревоги и депрессии по опроснику HADS, личностного отношения к болезни – ЛОБИ, менее 50 баллов по шкалам психического и физического здоровья по анкете SF-36.

5. Разработана тактика индивидуального подхода к повышению приверженности больных с МЛУ ТБ/ВИЧ с использованием взаимодополняющих анкет – ЛОБИ, HADS, SF-36 и обоснованной консультацией медицинского психолога.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая эпидемиологическое неблагополучие по ТБ/ВИЧ в районах НСО и г. Новосибирска врачам ПМСП, фтизиатрической, инфекционной служб с целью своевременной диагностики, как туберкулеза так и ВИЧ-инфекции, независимо от места проживания (город, сельская местность), необходимо особое внимание уделять пациентам социальных групп риска, неблагополучных по ТБ/ВИЧ: лицам молодого возраста с наркотической, алкогольной зависимостью, прибывшим из МЛС, безработным, не имеющим дохода или с низким доходом, образованием и длительно не обращавшимся за медицинской помощью.

2. Рекомендуется врачам ПМСП, фтизиатрам, инфекционистам осуществлять индивидуальный мониторинг сроков контрольного ФЛГ-обследования (рентгенологического), иммунологического обследования больных из социальных групп риска, неблагополучных по ТБ/ВИЧ, пациентов с подозрением на ВИЧ для своевременного выявления ТБ/ВИЧ.

3. С целью повышения приверженности больных туберкулёзом МЛУ ТБ/ВИЧ к лечению в условиях стационара необходимо определение индивидуального психоэмоционального состояния с учетом медико-социального статуса, а также результатов использования анкет ЛОБИ, HADS, SF-36 при поступлении в стационар и в динамике – через 3 месяца лечения. Обнаружение у пациентов состояния тревоги и депрессии по опроснику HADS, типа личностного отношения к болезни и уровня социальной адаптации – ЛОБИ, менее 50 баллов по шкалам психического и физического здоровья анкеты SF-36, являются объективным показанием для проведения психологической поддержки – консультации медицинского психолога.

4. В программах непрерывного медицинского образования врачей различных специальностей – фтизиатров, инфекционистов, психологов, целесообразно использовать информацию о необходимости применения тактики индивидуального подхода к повышению приверженности к лечению больных МЛУ ТБ/ВИЧ на стационарном этапе на основе использования анкет ЛОБИ,

HADS, SF-36 с целью обеспечения объективности показаний к психологической поддержке пациентов.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АРВП	антиретровирусные препараты
АРВТ	антиретровирусная терапия
БОМЖ	без определённого места жительства
ВВ	впервые выявленный
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГБУЗ НСО	государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области
ДИ	доверительный интервал
ДФО	Дальневосточный федеральный округ
КЖ	качество жизни
ЛМ	люминесцентная микроскопия
ЛОБИ	Личностный опросник Бехтеревского института
ЛУ	лекарственная устойчивость
ЛУ ТБ	лекарственно устойчивый туберкулез
МБТ	микобактерии туберкулёза
МЛУ	множественная лекарственная устойчивость
МЛУ ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
МЛУ/РУ-ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью или устойчивостью к рифампицину
МЛС	места лишения свободы
НСО	Новосибирская область
ОК	общий курс
ОШ	оценка шансов
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ППС	плотные питательные среды
ПТД	противотуберкулёзный диспансер

ПТП	противотуберкулёзные препараты
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РНК	рибонуклеиновая кислота
СД	сахарный диабет
СИ	сочетанная инфекция
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
СФО	Сибирский федеральный округ
ТБ	туберкулёз
ТТФ	точный тест (критерий) Фишера
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБУ «ННИИТ»	Федеральное государственное бюджетное учреждение Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулёза
ФЛГ	флюорографическое исследование
ФНО- α	фактор некроза опухоли альфа
ФПК и ППВ	факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей
ХВГ	хронический вирусный гепатит
ХВГС	хронический вирусный гепатит С
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь лёгких
ХТ	химиотерапия
ЦСПИД	Центр СПИД
ШЛУ	широкая лекарственная устойчивость
ШЛУ ТБ	туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
SF-36	анкета по определению качества жизни
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева, Л. П. Особенности выявления, клинического течения и лечения больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией : специальность 14.00.26 «Фтизиатрия» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Алексеева Лариса Петровна ; Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза. – Москва, 2008. – 43 с. : ил. – Библиогр.: с. 39–42. – Место защиты: Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза. – Текст : непосредственный.
2. Алексеева, Л. П. Туберкулез у больных ВИЧ-инфицированных в Москве / Л. П. Алексеева // Актуальные проблемы туберкулеза на рубеже XX–XXI столетий: сб. материалов науч.-практ. конф. – М., 1999. – С. 38
3. Алиев, А. В. Уклонение больных от лечения и эффективность химиотерапии / А. В. Алиев // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. – 2018. – № 1. – С. 102–106.
4. Аликеева, Э. А. Контроль ВИЧ-ассоциированного Туберкулеза в республике Казахстан / Э. А. Аликеева // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – Том 95, №11. – С. 43–48.
5. Аликеева, Э. А. Пути снижения влияния факторов риска неблагоприятных исходов туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов / Э. А. Аликеева, А. М. Арингазина, Э. А. Берикова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2018. – № 1. – Т. 10. – С. 63–68.
6. Анализ влияния социально-бытовых факторов на риск развития туберкулеза легких / А. Н. Наркевич, Н. М. Корецкая, К. А. Виноградов [и др.] // Пульмонология. – 2015. – 25 (4). – С. 465–468.
7. Анализ основных причин летальных исходов у ВИЧ-инфицированных больных / О. В. Азовцева, Т. Е. Богачёва, В. Р. Вебер, Г. С. Архипов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2018. – Т. 10. – № 1. – С. 84–91.

8. Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Самарском регионе / О. В. Борисова, Е. С. Гасилина, О. В. Агафонова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2017. – Т. 9, № 4. – С. 72–78.
9. Байерлен, В. П. Организация контролируемого лечения туберкулеза на амбулаторном этапе в городе и на селе / В. П. Байерлен, Н. А. Земляная, А. В. Соловьева // Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации : сборник статей. – Москва : ЛексТорг, 2013. – С. 22–35.
10. Бактериовыделение у пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом / И. Б. Викторова, В. Н. Зими́на, А. В. Кравченко, А. Л. Ханин // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2018. – № 3. – С. 35–40.
11. Богородская, Е. М. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии / Е. М. Богородская, И. Д. Данилова, О. Б. Ломакина // Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2007. – № 3. – С. 46–51.
12. Брюханова, Н. С. Медико-психологическое сопровождение противотуберкулезной терапии и его влияние на психический статус впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких / Н. С. Брюханова, В. В. Антропова // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 6 (72). – С. 81–84.
13. Бут-Гусаим, В. В. Использование шкалы HADS для медико-психологической экспертизы / В. В. Бут-Гусаим // Здоровоохранение. – 2013. – № 7. – С. 77–80.
14. Васильева, И. А. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в странах мира и в Российской Федерации / И. А. Васильева, Е. М. Белиловский, С. Е. Борисов // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. – Т. 95, № 11. – С. 5–17.
15. Васильева, И. А. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, в странах мира и в Российской Федерации / И. А. Васильева // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – № 95 (9). – С. 8–18.

16. Величковский, Б. Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б. Т. Величковский // Терапевтический архив. – 2006. – № 1. – С. 8–16.
17. ВИЧ-инфекция и туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью: частота сочетания, эффективность лечения / О. В. Филинчук, А. С. Аллилуев, Д. Э. Амичба [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2021. – Т. 99, № 2. – С. 41–45.
18. Влияние ВИЧ-инфекции на напряженность эпидемиологического процесса туберкулеза на территории высокого риска обеих инфекций С. Н. Шугаева, Е. Д. Савилов, О. Г. Кошкина [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2018. – Т. 96, № 2. – С. 5–10.
19. Влияние медико-социальных факторов на исход хирургического лечения туберкулеза легких у ВИЧ-позитивных пациентов / Д. В. Алказ, Т. С. Басек, Д. Ш. Джамshedов, А. В. Елькин // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – № 2. – Т. 96. – С. 11–15.
20. Влияние медико-социальных факторов на формирование эпидемиологической ситуации на территориях Уральского региона / В. А. Подгаева, Д. Н. Голубев, И. А. Черняев, П. Л. Шулев // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – № 6 (1). – С. 189–193.
21. Влияние сезонных факторов на частоту досрочного прекращения на частоту досрочного прекращения лечения больных туберкулезом / И. М. Сон, С. А. Стерликов, А. В. Мордовин [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – № 94 (12). – С. 20–25.
22. Влияние эпидемии ВИЧ-инфекции на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в Российской Федерации. Анализ существующей информации и прогноз / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2005. – 6 с. (WHO/HTM/TB/2005.357d)
23. Ворохобкин, Ю. С. Возрастно-половая и социальная характеристика впервые выявленных больных туберкулезом в городской и сельской местности / Ю. С. Ворохобкин // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 12. – С. 26–29.

24. Выявление микобактерий туберкулеза в мокроте и массивность бактериовыделения у больных туберкулезом с различным ВИЧ-статусом / В. Н. Зимина, О. Е. Микова, Т. А. Варецкая [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – Т. 95. – № 7. – С. 17–23.
25. Галкин, В. Б. Динамика распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью / В. Б. Галкин // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – Т. 95, № 3. – С. 5–12.
26. Гепатотоксические реакции при лечении впервые выявленных больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя / Р. Ю. Абдуллаев, О. Г. Комиссарова, Е. С. Чумакова [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2019. – Т. 97. – № 7. – С. 21–27.
27. Глобальные отчеты Всемирной Организации Здравоохранения по туберкулезу: формирование и интерпретация / И. А. Васильева, Е. М. Белиловский, С. Е. Борисов, С. А. Стерликов // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – Т. 95, № 5. – С. 7–16.
28. Гурылева, М. Э. Туберкулез и заболевания желудочно-кишечного тракта / М. Э. Гурылева, А. А. Визель // Фтизиатрия : национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. – М. : ГЭОТАРМедиа, 2007. – С. 344–351.
29. Диагностика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / В. Н. Зимина, И. А. Васильева, А. В. Кравченко [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 10. – С. 3–10.
30. Динамика проявлений эпидемического процесса ВИЧ-инфекции во взаимосвязи с эпидемиологической ситуацией по наркомании (по материалам республики Татарстан) / Г. Р. Хасанова, С. Т. Аглиуллина, Р. Ф. Хаева, Ф. И. Нагимова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2019. – Т. 11, № 2. – С. 58–66.
31. Динамика психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического сопровождения противотуберкулезной химиотерапии / Г. В. Баранова, Н. В. Золотова, В. В. Стрельцов [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – № 94(3). – С. 44–51.

32. Диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией / В. Ю. Мишин, А. В. Мишина, А. Э. Эргешов [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2018. – Т. 10. – № 3. – С. 80–89.
33. Доминирующие причины повышенной заболеваемости ВИЧ-инфекцией, новая волна среди наркопотребителей в Вологодской области / Т. Ю. Курганова, Т. Н. Мельникова, С. В. Огурцова, Н. А. Беляков // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2018. – Т. 10. – № 4. – С. 83–89.
34. Елькина, И. А. Зависимость эпидемической обстановки по туберкулезу от ситуации по ВИЧ-инфекции в г. Кемерово / И. А. Елькина // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2018. – № 1. – С. 49–55.
35. Елькина, И. А. Эффективность лечения больных впервые выявленным туберкулезом в зависимости от ВИЧ-статуса / И. А. Елькина // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – № 96 (5). – С. 52–53.
36. Ершова, А. В. Оценка заболеваемости туберкулезом вновь прибывших трудовых иммигрантов с учетом их возрастно-полового состава / А. В. Ершова, С. А. Стерликов // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2018. – № 1 – С. 24–30.
37. Загдын, З. М. Комплексная оценка Тенденции распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза в местах лишения свободы на Северо-Западе России / З. М. Загдын // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2019. – Т. 11. – № 2. – С. 67–74.
38. Загдын, З. М. Основные факторы риска и их влияние на распространение двойной инфекции ВИЧ/туберкулез / З. М. Загдын // Российский мед.-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. – 2019. – № 2. – С. 137–149.
39. Зими́на, В. Н. Эпидемиология, течение и особенности лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / В. Н. Зими́на, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова // МвК. – 2011. – № 3. – С. 6–13.
40. Золотова, Н. В. Исследование распространенности форм агрессии у больных с впервые выявленным туберкулезом легких / Н. В. Золотова,

Н. Н. Сиресина, В. В. Стрельцов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 9. – С. 16–19.

41. Интегральная оценка тяжести состояния больного на фоне коморбидности при ВИЧ-инфекции / Н. А. Беляков, В. В. Рассохин, О. Н. Леонова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2017. – Т. 9, № 3. – С. 47–53.

42. Интеграционный подход к изучению заболеваемости туберкулезом и ВИЧ-инфекцией населения приморского края / А. А. Яковлев, Е. С. Поздеева, М. С. Корнилов [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – Т. 95, № 2. – С. 33–39.

43. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС. Глобальная статистика ВИЧ за 2019 год. – ЮНЭЙДС, 2019. – 6 с.

44. Исаева, Н. Ю. Мигранты как внешний фактор влияния при туберкулезной инфекции / Н. Ю. Исаева // Инфекция и иммунитет. – 2014. – Специальный выпуск. – С. 18–23

45. Исторические аспекты приверженности к лечению больных туберкулезом / Н. Е. Хорошилова, А. В. Лушникова, В. А. Николаев, О. С. Мартышова // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 1. – С. 15.

46. Калачева, Г. А. Статистика смертей ВИЧ-инфицированных пациентов в Сибирском федеральном округе в 2005–2016 годах / Г. А. Калачева, Ю. Л. Рубина, Н. В. Рудаков // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2017. – Т. 9, № 4. – С. 79–85.

47. Карданова, Л. Д. Медико-социальные аспекты качества жизни больных туберкулезом легких : специальность 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Карданова Лейла Дадашевна ; Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова. – Москва, 2006. – 24 с. : ил. – Библиогр.: с. 21. – Место защиты: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. – Текст : непосредственный.

48. Качество жизни больных туберкулезом на санаторном этапе лечения / М. Э. Гурылева, Л. А. Горбунова, О. В. Ловачева, З. Х. Корнилова // Проблемы туберкулеза. – 2005 – № 7. – С. 17–22.
49. Кирпиченко, А. А. Скрининг тревоги и депрессии в общей врачебной практике: современное состояние вопроса / А. А. Кирпиченко // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2020. – Т. 19, № 5. – С. 8–16.
50. Киселева, Н. А. Роль психолога и/или психотерапевта в сопровождении больного туберкулезом / Н. А. Киселева // Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации. Сборник статей. – Москва, 2013. – С. 66–72.
51. Клинические формы туберкулеза и результаты диагностики у больных с ВИЧ-инфекцией в республике Карелия / Е. В. Пахомова, Ю. М. Маркелов, Т. В. Сунчалина, И. И. Рожкова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2018. – Т. 10, № 3. – С. 72–79.
52. Колпакова, Т. А. Медико-социальные факторы неблагополучия больных с сочетанной инфекцией Туберкулез и ВИЧ-инфекция в Новосибирской области и г. Новосибирске / Т. А. Колпакова, Е. Ю. Пушкарева // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – Т. 95, № 12. – С. 35–38.
53. Комплаентность как одна из проблем лекарственной терапии на примере лечения ТБ и ТБ/ВИЧ / Г. Л. Гуревич, Е. М. Скрыгина, А. П. Астровко [и др.] // Клиническая инфектология и паразитология. – 2014. – № 3 (10). – С. 86–94.
54. Кондратьева М. Е. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения туберкулеза у неработающих больных / М. Е. Кондратьева, В. А. Стаханов. – DOI: 10.12737/13072. – Текст : электронный // Вестник новых медицинских технологий. – 2015. – № 3. – С. 15. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-sotsialnoy-podderzhki-na-effektivnost-lecheniya-tuberkuleza-u-nerabotayuschih-bolnyh/viewer>

55. Конончук, О. Н. Результаты анализа иммунного статуса у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом на примере Кемеровской области / О. Н. Конончук, В. Н. Зими́на // Медицинский альянс. – 2015. – № 1. – С. 170–171.
56. Корецкая, Н. М. Впервые выявленный туберкулез органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией/ Н. М. Корецкая, А. Н. Наркевич // Медицинский альянс. – 2015. – № 1. – С. 171–172.
57. Корецкая, Н. М. Мероприятия по улучшению активного выявления туберкулеза органов дыхания у лиц с сопутствующими заболеваниями / Н. М. Корецкая, А. Н. Наркевич // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 4. – С. 21–23.
58. Корецкая, Н. М. Характеристика первичной лекарственной устойчивости и жизнеспособности микобактерий у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией / Н. М. Корецкая, И. А. Большакова // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – Т. 95, № 2. – С. 16–20.
59. Корниенко, С. В. Туберкулез легких у больных сахарным диабетом / С. В. Корниенко, С. Н. Здобникова // Туберкулез и социально-значимые заболевания. – 2015. – № 3. – С. 79–80.
60. Корнилова, З. Х. Диссеминированный туберкулез легких у больных ВИЧ-инфекцией / З. Х. Корнилова // Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией : сб. материалов науч.-практ. конф. – Москва, 2005. – С. 132–134.
61. Кузьмина, Н. В. Результаты стационарного этапа лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза в условиях Севера / Н. В. Кузьмина, Н. В. Мусатова // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – Т. 88. – № 4. – С. 221.
62. Латыпов, А. Б. Динамика показателей выявляемости ВИЧ-инфекции среди различных групп населения республики Башкортостан / А. Б. Латыпов, Д. А. Валишин, Е. Р. Фаршатова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2019. – Т. 11, № 2. – С. 84–93.
63. Леонова, О. Н. Тяжелые и коморбидные состояния у больных с ВИЧ-инфекцией: анализ неблагоприятных исходов / О. Н. Леонова, Е. В. Степанова,

Н. А. Беляков // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2017. – Т. 9, № 1. – С. 55–64.

64. Летальные исходы у больных с ВИЧ-инфекцией, параллели с адекватностью диагностики, диспансеризации и лечения / О. В. Азовцева, Т. С. Трофимова, Г. С. Архипов [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2018. – Т. 10. – № 3. – С. 90–101.

65. Личность пациента туберкулез/ВИЧ / А. В. Мордык, Т. Ю. Удалова, С. В. Ситникова [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2016. – № 1. – С. 50–53.

66. Любаева, Е. В. Социально-демографический профиль пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, в Москве / Е. В. Любаева, А. В. Кравченко, С. Н. Ениколопов // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – № 3. – С. 27–31.

67. Манина, В. В. Туберкулез и ВИЧ-инфекция: эпидемическая ситуация в России и в мире за последние десять лет, особенности выявления и диагностики / В. В. Манина, А. А. Старшинова, А. М. Пантелеев // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2017. – Т. 9, № 4. – С. 7–16.

68. Матвеева, Н. Ю. Проблемы приверженности к лечению в клинике туберкулеза / Н. Ю. Матвеева // БМИК. – 2012. – № 2. – С. 75.

69. Медико-социальная характеристика больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, на этапе оказания специализированной стационарной помощи / А. И. Щелканова, М. В. Синицын, Н. И. Чистякова [и др.] // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. – 2019. – № 1 (28). – С. 40–45.

70. Медико-социальная характеристика впервые выявленных пациентов с туберкулезом / Э. В. Бородулина, Е. А. Бородулина, Е. П. Гладунова, Е. С. Вдоушкина // Медицинский альянс. – 2018. – № 3. – С. 41–46.

71. Медико-социальные особенности впервые выявленных больных туберкулезом / А. О. Шомахов, В. М. Кибишев, И. К. Тхабисимова, Л. А. Тилова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 4. – С. 14–16.

72. МЛУ-туберкулез и ВИЧ-инфекция в Северо-Западном федеральном округе / З. М. Загдын, И. Чжао, Е. Г. Соколович, П. К. Яблонский // Туберкулез и болезни легких. – 2021. – Т. 99. – № 1. – С. 27–32.
73. Моисеев, М. Ю. Качество жизни больных бронхиальной астмой / М. Ю. Моисеев // Пульмонология. – 2003. – № 5. – С. 89–96.
74. Мордык, А. В. Влияние иммунного статуса, стадии и терапии ВИЧ-инфекции на исход стационарного этапа лечения у пациентов с сочетанной патологией туберкулез/ВИЧ-инфекция / А. В. Мордык, С. В. Ситникова, Л. В. Пузырева // Инфекция и иммунитет. – 2016. – № 6 (1). – С. 81–86.
75. Мордык, А. В. Опыт применения противотуберкулезной и антиретровирусной терапии у больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией / А. В. Мордык, Л. В. Пузырева, С. В. Ситникова / Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 6, № 3. – С. 51–55.
76. Мордык, А. В. Тревожные расстройства у больных туберкулезом и их динамика в зависимости от переносимости химиотерапии / А. В. Мордык, Н. С. Брюханова, В. В. Антропова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 6. – С. 137–140.
77. Наркомания как фактор влияния на течение и исход туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц / И. Л. Цыганков, Е. С. Скворцова, Б. Е. Бородулин [и др.] // Туберкулез и социально-значимые заболевания. – 2014. – № 4. – С. 52–55.
78. Наркомания, ВИЧ, туберкулез. Особенности мультиморбидности в современных условиях / Е. А. Бородулина, И. Л. Цыганков, Б. Е. Бородулин [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – № 4. – С. 18–21.
79. Нарышкина, С. Л. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией в Сибирском федеральном округе в 2010-2012 гг. / С. Л. Нарышкина, О. В. Ревякина, Т. В. Алексеева // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 5. – С. 50–55.
80. Насонов, Е. Л. Инфекционные осложнения терапии блокаторами фактора некроза опухоли: предупрежден – значит вооружен / Е. Л. Насонов,

Р. С. Козлов, С. Б. Якушин // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2006. – Т. 8. – № 4. – С. 38–48.

81. Нечаев, В. В. Социально-значимые инфекции. Монография в 2 ч. Ч. II (микст-инфекции) / В. В. Нечаев, А. К. Иванов, А. М. Пантелеев. – СПб. : ООО «Береста», 2011. – 312 с.

82. Нечаева, О. Б. Влияние мест лишения свободы на эпидемическую ситуацию по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Российской Федерации / О. Б. Нечаева, Ю. В. Михайлова // Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 1, № 11 (348). – С. 53–58.

83. Нечаева, О. Б. Миграция населения и ее влияние на эпидемическую ситуацию по инфекционным социально-значимым заболеваниям / О. Б. Нечаева // Медицинский алфавит. – 2016. – № 2 (18). – С. 13–26.

84. Нечаева, О. Б. Социально значимые инфекционные заболевания, представляющие биологическую угрозу населению России / О. Б. Нечаева // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2019. – Т. 97. – № 11. – С. 7–17

85. Нечаева, О. Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России / О. Б. Нечаева // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2018. – Т. 96, № 8. – С. 15–24.

86. Новик, А. А. Медико-биологические исследования социально экономических проблем народонаселения / А. А. Новик, С. А. Матвеев, Т. И. Ионова // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10–13.

87. О первичности ВИЧ-инфекции в формировании ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом / Е. В. Сармометов, В. И. Сергевнин, Д. В. Шмагин., О. Е. Микова // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2014. – № 5. – С. 61–64.

88. Основные показатели противотуберкулезной деятельности в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах – Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2020. – 112 с.

89. Особенности коморбидной патологии (ВИЧ/туберкулез) при летальных исходах / Е. А. Бородулина, Е. С. Вдоушкина, А. Н. Кузнецова,

Е. П. Гладунова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2019. – Т. 11, № 4. – С. 70–78.

90. Особенности представлений больных ВИЧ-инфекцией о туберкулезе и его лечении / О. Б. Ломакина, А. Ю. Золотова, М. В. Сеницын, Е. М. Белиловский // Туберкулез и социально-значимые заболевания. – 2018. – № 4. – С. 61–67.

91. Особенности течения и эффективность лечения больных туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции / В. Н. Зимина, И. А. Васильева, Ф. А. Батыров, Ж. Ю. Яровая // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2010. – № 3 – С. 23–26.

92. Официальная статистика по ВИЧ в России за 2018–2019 год (свежая, аналитика, графики). – Текст : электронный. – URL: <https://spid-vich-zppp.ru/statistika/epidemiya-vich-spida-v-rossii-2017.html>.

93. Охтяркина, В. В. Медико-социальная характеристика пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции / В. В. Охтяркина, П. Н. Новоселов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 5. – С. 9–12.

94. Оценка проявлений ВИЧ-инфекции и результатов лечения пациентов от туберкулеза в специализированном стационаре / А. В. Мордык, С. В. Ситникова, Л. В. Пузырева [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2015. – № 7 (1). – С. 69–75.

95. Оценка социальных факторов риска заражения туберкулезом ВИЧ-инфицированных по данным эпидемиологического обследования эпидемических очагов / В. И. Сергеевнин, О. В. Тукачева, М. В. Кокорина, М. Г. Меньшикова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 46–50.

96. Парпиева, Н. Н. Медико-социальная характеристика больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез / Н. Н. Парпиева, Ш. Ш. Массавилов, Ф. Абдугаппаров // Туберкулез и социально-значимые заболевания. – 2018. – № 1. – С. 72–73.

97. Письмо Роспотребнадзора от 27 февраля 2014 г. № 01/2159-14-32 «О проводимой субъектами Российской Федерации работе по профилактике

инфекционных болезней среди трудовых мигрантов и повышении ее эффективности» : [сайт]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/499081611>. – Текст : электронный.

98. Половозрастная структура заболеваемости туберкулезом различных локализаций в Российской Федерации: динамика в XXI в. / В. Б. Галкин, А. Ю. Мушкин, А. Н. Муравьев [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – Т. 96, № 11. – С. 17–26.

99. Попов, С. А. Оценка взаимосвязи ВИЧ-инфекции и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя / С. А. Попов, Т. П. Сабгайда, Т. С. Радина // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – № 96 (7). – С. 25–32.

100. Причины несвоевременного выявления и ошибки диагностики туберкулеза органов дыхания в общей лечебной сети / А. В. Павлунин, М. А. Шарафутдинова, С. Б. Борисова [и др.] // Туберкулез и социально значимые заболевания. – 2015. – № 2. – С. 63–64.

101. Пьянзова, Т. В. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких / Т. В. Пьянзова // Бюллетень сибирской медицины. – 2012. – № 6. – С. 216–218.

102. Распространение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Иркутской области / И. В. Загорская, Т. П. Филипова, А. В. Кочкин [и др.] // Сибир. мед. журнал. – 2012. – № 6. – С. 107–110.

103. Распространенность и исходы случаев сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции на территории Сибирского федерального округа за период с 2010 по 2014 год / Е. С. Довгополук, Л. И. Левахина, Л. В. Пузырёва [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2016. – Т. 8, №1. – С. 89–93.

104. Распространенность опийной наркомании, в том числе сочетанной с ВИЧ-инфекцией, в Приморском крае / В. А. Шаркова, И. А. Ковалев, Л. Ф. Скляр [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2018. – Т. 10. – № 2. – С. 81–89.

105. Распространенность тревоги и депрессии у пациентов с обструктивными нарушениями вентиляции по данным популяционного

исследованиягесрест. Часть 1 / Е. А. Андреева, М. А. Похазникова, И. Е. Моисеева [и др.] // Русский семейный доктор. – 2017. – № 21 (3). – С. 23–30.

106. Распространенность хронической обструктивной болезни легких и отдельных вариантов заболевания среди впервые выявленных больных туберкулезом / А. В. Мордык, Н. В. Багишева, О. Г. Иванова [и др.] // Медицинский альманах. – 2017. – № 4 (49). – С. 120–123.

107. Роль личности пациента в процессе выявления и лечения туберкулеза органов дыхания / А. В. Мордык, Н. С. Брюханова, В. В. Антропова, Л. В. Пузырева // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 4. – С. 148–151.

108. Российская Федерация. Приказы. О внесении изменения в приложение N 4 к Приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. № 109 : [утвержден Министром Минздравсоцразвития РФ 29 октября 2009 года № 855]. – Москва, 2009. – Доступ из справочно-правовой системы КонсультантПлюс.

109. Рузиев, М. М. Эпидемиология ВИЧ-инфекции в республике Таджикистан / М. М. Рузиев // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2016. – Т. 8. – № 4. – С. 55–59.

110. Связь медико-экономических и эпидемиологических показателей с частотой досрочного прекращения лечения больных туберкулезом / И. М. Сон, Д. Д. Пашкевич, С. А. Стерликов [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – Т. 94, № 7. – С. 11–15.

111. Сенкевич, Н. Ю. Первый опыт применения в России опросника SF-36 / Н. Ю. Сенкевич, А. С. Белевский, А. Г. Чучалин // Пульмонология. – 1997. – № 3. – С. 18–22.

112. Скачкова, Е. И. Динамика и социально-демографическая структура туберкулеза в Российской Федерации. Его зависимость от уровня жизни / Е. И. Скачкова, М. Г. Шестаков, С. Ю. Темирджанова // Туберкулез и болезни легких – 2009. – № 7. – С. 4–9.

113. Совершенствование ведения пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулёзом легких на основе результатов психологического исследования /

А. В. Мордык, Т. Ю. Удалова, Н. В. Багишева, Я. В. Гурова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 4. – С. 40–45.

114. Сон, И. М. Туберкулез в учреждениях уголовно-исполнительной системы России в 2012 г. / И. М. Сон, В. Е. Одинцов, С. А. Стерликов // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 7. – С. 21–24.

115. Социально-эпидемиологические проблемы и тенденции развития туберкулеза у лиц молодого возраста / Л. Е. Паролина, Н. П. Докторова, А. Н. Данилов, А. Ю. Разина // Здоровоохранение РФ. – 2014. – № 4. – С. 50–54.

116. Социальный портрет больного туберкулезом в мегаполисе / Г. С. Баласанянц, И. А. Божков, Н. Н. Бучкина [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – № 6. – С. 94–108.

117. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2019 г. : [сайт] / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. – URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2020/02/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-na-31.12.2019.pdf>. – Текст : электронный.

118. Сравнение личностных особенностей впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких и с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез / А. В. Мордык, Т. Ю. Удалова, Л. В. Пузырева [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. – № 2 (92). – С. 68–72.

119. Сравнительный анализ причин смертности у ВИЧ-инфицированных больных / О. В. Азовцева, Г. С. Архипов, Е. И. Архипова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2015. – Т. 7. – № 4. – С. 86–91.

120. Стерликов, С. А. Результаты лечения пациентов с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, зарегистрированных в 2012 г. В Российской Федерации и в мире / С. А. Стерликов, В. В. Тестов, И. А. Васильева // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – Т. 94, № 1. – С. 22–27.

121. Стрельцов, В. В. Изменение психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического и нейропсихологического сопровождения противотуберкулезной терапии /

В. В. Стрельцов, Н. Н. Сиресина, Н. В. Золотова. – Текст : электронный // Проблемы туберкулеза. – 2009. – № 4. – URL: <http://medpsy.ru/library/library065.php> (дата обращения: 11.09.2017).

122. Стрельцов, В. В. Особенности оказания психологической помощи больным туберкулезом легких в фазе интенсивной химиотерапии (в условиях стационара) / В. В. Стрельцов, Н. В. Золотова, Г. Б. Баранова // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 2. – С. 22–27.

123. Сухова, Е. В. Значимые для лечебного процесса психосоциальные характеристики больных хроническим туберкулезом легких / Е. В. Сухова // Сибирский психологический журнал. – 2014. – № 52. – С. 79–92.

124. Сухова, Е. В. Копинг-стратегии больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и направления психосоциальной коррекции / Е. В. Сухова // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 2. – С. 28–33.

125. Сухова, Е. В. Социальные последствия туберкулеза легких / Е. В. Сухова, В. М. Сухов, А. В. Корнев // Пульмонология. – 2005. – № 6. – С. 101–104.

126. Тенденции и факторы развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на юге России / А. А. Рындич, А. Г. Сухова, А. Г. Суладзе [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2019. – Т. 11, № 2. – С. 48–57.

127. Туберкулез в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах (2007–2016 гг.) / Т. В. Алексеева, О. В. Ревякина, О. П. Филиппова, В. А. Краснов // Туберкулез и болезни легких. – 2017. – Том 95, № 8. – С. 12–17.

128. Туберкулез в учреждениях уголовно-исполнительной системы в странах Европы и в Российской Федерации / И. А. Васильева, С. А. Стерликов, Е. М. Белиловский [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – Т. 96, № 5. – С. 6–13.

129. Туберкулез и болезни зависимости: медико-социальные аспекты / С. Г. Копоров, Е. А. Брюн, Е. А. [и др.] // Туберкулез и социально значимые заболевания. – 2020. – № 3. – С. 54–63.

130. Туберкулез и табакокурение: риск развития специфического процесса и его особенности у курящих больных / Н. М. Корецкая, А. Н. Наркевич, А. А. Наркевич, Е. Н. Гринь // Пульмонология. – 2017. – № 27 (1). – С. 51–55.

131. Туберкулез на фоне хронической алкогольной интоксикации: структура летальности, причины смерти и морфологические особенности / Л. К. Суркова, М. И. Дюсмикеева, В. С. Артюшкевич [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 10. – С. 38–42.

132. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: изучение патогенетически значимых психологических механизмов / Н. В. Золотова, А. А. Ахтямова, В. В. Стрельцов, Г. В. Баранова // Сибирский психологический журнал. – 2015. – № 57. – С. 129–140.

133. Факторный анализ социально-демографических предпосылок формирования туберкулеза у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / Н. В. Багишева, А. В. Мордык, К. И. Нестерова [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2021. – № 1. – С. 7–14.

134. Факторы риска госпитальной летальности больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы / М. Е. Вострокнутов, Е. В. Дюжева, А. В. Кузнецова, О. В. Сенько // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2019. – Т. 97. – № 7. – С. 34–41.

135. Факторы риска, способствующие формированию сочетанных форм туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Приморском крае / М. С. Корнилов, А. А. Яковлев, Е. С. Поздеева, С. Н. Жданова // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2018. – № 3. – С. 87–91.

136. Факторы, влияющие на эффективность лечения больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью / И. С. Лапшина, Б. У. Салихов, Т. В. Мякишева [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2020. – Т. 98, № 10. – С. 28–32.

137. Фролова, К. С. Риск развития туберкулеза у больных с воспалительными заболеваниями кишечника на фоне лечения ИФНО-α / К. С. Фролова, С. Е. Борисов // Колопроктология. – 2018. – № (1). – С. 49–56.

138. Ханин, А. Л. Хроническая обструктивная болезнь легких и туберкулез: актуальная проблема в реальной практике (обзор литературы) / А. Л. Ханин, С. Л. Кравец // Вестник современной клинической медицины. – 2017. – Т. 10, вып. 6. – С. 60–70.

139. Характеристика больных с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, выявленных по скринингу четырех клинических симптомов / О. Е. Микова, Т. А. Варецкая, Д. А. Оборин, В. Н. Зимина // Туберкулез и болезни легких. – 2015. – № 6. – С. 99–100.

140. Характеристика депрессивных тенденций у пациентов с впервые выявленным туберкулезом / А. В. Мордык, Т. Ю. Удалова, Н. В. Багишева [и др.] // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2016. – № 2. – С. 82–88.

141. Характеристика туберкулезного процесса с множественной лекарственной устойчивостью и эффективность его лечения у пациентов при наличии отягощающих факторов / И. С. Гельберг, Е. Н. Алексюк, С. Б. Вольф [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – Т. 97. – № 6. – С. 51–52.

142. Цыбикова, Э. Б. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией в России в начале XXI века (2004–2013 годы) / Э. Б. Цыбикова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – Т. 43, № 3. – С. 14.

143. Цыбикова, Э. Б. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, в России: статистика и взаимосвязи / Э. Б. Цыбикова, В. В. Пунга, Л. И. Русакова // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – Т. 96, 12. – С. 9–17.

144. Шугаева, С. Н. Критерии интеграции эпидемических процессов ВИЧ-инфекции и туберкулеза / С. Н. Шугаева, Е. Д. Савилов // Туберкулез и болезни легких. – 2019. – Т. 97, № 5. – С. 43–48.

145. Щелканова, А. И. Особенности клинического течения и эффективность химиотерапии туберкулеза у ВИЧ инфицированных лиц : специальность 14.00.26 «Фтизиатрия» 14.00.10 «Инфекционные болезни» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Щелканова Алла Ивановна ; Центральный научно-исследовательский

институт туберкулеза. – Москва, 2003. – 24 с. : ил. – Библиогр.: с. 23–24. – Место защиты: Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза. – Текст : непосредственный.

146. Эволюция эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге – снижение заболеваемости, старение и утяжеление болезни / Н. А. Беляков, Т. Н. Виноградова, В. В. Розенталь [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2015. – Т. 7, № 2. – С. 7–17.

147. Эпидемиология ВИЧ-инфекции: реалии клинической практики / О. С. Кобякова, И. А. Деев, Л. В. Лукашова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2020. – Т. 12. – № 1. – С. 113–122.

148. Эпидемические проявления ВИЧ-инфекции на территории сибирского федерального округа: описательное исследование / Г. А. Калачева, О. А. Пасечник, Л. И. Левахина, Е. В. Матущенко // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2015. – Т. 7, № 3. – С. 110–117.

149. Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом с МЛУ возбудителя при раннем определении лекарственной устойчивости МБТ к рифампицину / О. Г. Комиссарова, Е. С. Чумакова, Р. Ю. Абдуллаев, В. С. Одинец // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 8 (163). – С. 47–50.

150. Эффективность медицинской реабилитации при бронхолегочном синдроме у пациентов с дисплазией соединительной ткани / М. В. Вершинина, Г. И. Нечаева, А. А. Хоменя, О. В. Дрокина // Медицинский вестник северного Кавказа. – 2015. – Т. 10, № 1. – С. 50–55.

151. Эффективность химиотерапии туберкулеза легких у впервые выявленных пациентов при разных сроках определения множественной лекарственной устойчивости возбудителя / М. В. Буракова, И. А. Васильев, Э. В. Ваниев [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. – Т. 95, № 11. – С. 63–66.

152. Юранова, М. А. Анализ факторов, влияющих на формирование приверженности лечению больных туберкулезом (обзор литературы) /

М. А. Юранова, Д. Ю. Рузанов, И. В. Буйневич // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – № 1 (35). – С. 45–51.

153. Яблонский, П. К. Туберкулез и табакокурение. Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации / П. К. Яблонский, О. А. Суховская // В кн.: Материалы I Конгресса Национальной ассоциации фтизиатров. – СПб, 2012. – С. 322–323.

154. Comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases / M. Georgios, K. Athanasios, S. Dimitra [et al.] // Ann Gen Psychiatry. – 2008. – Vol. 7. – P. 7.

155. Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis / C. C. Whalen, C. R. Horsburgh, D. Hom [et al.] // Am J Respir Crit Care Med. – 1995. – Vol. 151. – P. 129–135.

156. Acquired immunodeficiencies and tuberculosis: focus on HIV/AIDS and diabetes mellitus / K. Ronacher, S. A. Joosten, R. van Crevel [et al.] // Immunol Rev. – 2015. – Vol. 264(1). – P. 121–137. DOI: 10.1111/imr.12257. PMID: 25703556.

157. Akinci, B. Sleep quality and quality of life in patients with moderate to very severe chronic obstructive pulmonary disease / B. Akinci, G. Aslan, E. Kiyan // Clin Respir J. – 2018. – Vol. 12. – P. 1739–1746. DOI: 10.1111/crj.12738.

158. Alarming Levels of Drug-Resistant Tuberculosis in HIV-Infected Patients in Metropolitan Mumbai, India / P. Isaakidis, M. Das, A. M. V. Kumar [et al.] // PLoS ONE. – 2014. – Vol. 9 (10). – P. e110461. DOI: 10.1371/journal.pone.0110461

159. Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease / S. Imtiaz, K. D. Shield, M. Roerecke [et al.] // Eur Respir J. – 2017. – Vol. 50 (1). – P. 1700216. DOI: 10.1183/13993003.00216-2017.

160. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review / K. Lönnroth, B. G. Williams, S. Stadlin [et al.] // BMC Public Health. – 2008. – Vol. 8. – P. 289. DOI: 10.1186/1471-2458-8-289.

161. Association between diabetes mellitus and active tuberculosis: A systematic review and meta-analysis / R. H. Al-Rifai, F. Pearson, J. A. Critchley,

L. J. Abu-Raddad // PLoS One. – 2017. – Vol. 12 (11). – P. e0187967. DOI: 10.1371/journal.pone.0187967.

162. Association between HIV/AIDS and Multi-Drug Resistance Tuberculosis: A Systematic Review and Meta-Analysis / Y. M. Mesfin, D. Hailemariam, S. Biadglign, K. T. Kibret // PLoS ONE. – 2014. – Vol. 9 (1). – P. e82235. DOI: 10.1371/journal.pone.0082235.

163. Association between tobacco smoking and drug-resistant tuberculosis / M. G. Wang, W. W. Huang, Y. Wang [et al.] // Infect Drug Resist. – 2018. – Vol. 11. – P. 873–887. DOI: 10.2147/IDR.S164596.

164. Asthma, Sinonasal Disease, and the Risk of Active Tuberculosis / A. C. Yui, A. Z. Soh, C. B. E. Chee [et al.] // J Allergy Clin Immunol Pract. – 2019. – Vol. 7 (2). – P. 641–648. DOI: 10.1016/j.jaip.2018.07.036

165. Azeez, A. Associated factors with unsuccessful tuberculosis treatment outcomes among tuberculosis/HIV co-infected patients with drug-resistant tuberculosis / A. Azeez, J. Ndege, R. Mutambayi // Int J Mycobacteriol. – 2018. – Vol. 7 (4). – P. 347–354. DOI: 10.4103/ijmy.ijmy_140_18.

166. B S R B R Control Centre Consortium, Symmons DP; BSR Biologics Register. Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR) / W. G. Dixon, K. L. Hyrich, K. D. Watson [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2010. – Vol. 69 (3). – P. 522–528. DOI: 10.1136/ard.2009.118935.

167. Barnes, P. J. Immunology of asthma and chronic obstructive pulmonary disease / P. J. Barnes // NatRevImmunol. – 2008. – Vol. 8. – P. 183–192.

168. Bell, L. C. Pathogenesis of HIV-1 and Mycobacterium tuberculosis co-infection / L. C. Bell, M. Noursadeghi // Nat Rev Microbiol. – 2018. – Vol. 16 (2). – P. 80–90. DOI: 10.1038/nrmicro.2017.128.

169. Buman, W. J. Treatment of HIV related tuberculosis in the era of effective antiretroviral therapy / W. J. Buman, B. E. Jones // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2001. – Vol. 164. – P. 7–12.

170. Castro, A. The effects of alcohol on murine macrophage function / A. Castro, D. L. Lefkowitz, S. S. Lefkowitz // *Life Sci.* – 1993. – Vol. 52 (19). – P. 1585–1593. DOI: 10.1016/0024-3205(93)90059-c.

171. Chem, E. D. Treatment outcomes and antiretroviral uptake in multidrug-resistant tuberculosis and HIV co-infected patients in Sub Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis / E. D. Chem, M. C. Van Hout, V. Hope // *BMC Infect Dis.* – 2019. – Vol. 19 (1). – P. 723. DOI: 10.1186/s12879-019-4317-4.

172. Clarc, L. A. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications / L. A. Clarc, D. Watson // *J Abnorm Psychol.* – 1991. – Vol. 100. – P. 316–336.

173. Controle de l'asthme et qualite de vie / L. Boussoffara, N. Keskes, M. Boudawara [et al.] // *Revue de pnevmologie Clinique.* – 2017. – Vol. 73. – P. 225–230. DOI: 10.1016/j.pneumo.2017.08.005.

174. COPD and the risk of tuberculosis-a population-based cohort study / M. Inghammar, A. Ekbom, G. Engström [et al.] // *PLoS One.* – 2010. – Vol. 5 (4). – P. e10138. DOI: 10.1371/journal.pone.0010138.

175. Correlation of Proton Pump Inhibitors with Pulmonary Tuberculosis: A Case-Control Study in Taiwan / K. C. Cheng, K. F. Liao, C. L. Lin, S. W. Lai // *Front Pharmacol.* – 2017. – Vol. 8. – P. 481. DOI: 10.3389/fphar.2017.00481.

176. Depression and risk of tuberculosis: a nationwide population-based cohort study / K. H. Oh, H. Choi, E. J. Kim [et al.] // *Int J Tuberc Lung Dis.* – 2017. – Vol. 21 (7). – P. 804–809. DOI: 10.5588/ijtld.17.0038.

177. Depression comorbid With tuberculosis and its impact on healt status: Cross-sectional analysis of community-based data from 48 low-and middle income countries / A. Koyanagi, D. Vancampfort, A. F. Catvalho [et al.] // *BMC Medicine.* – 2017. – Vol. 15 (1). – P. 209. DOI: 10.1186/s12916-017-0975-5.

178. Depressiv syndrome, anxiety and illness perception in Tuberculosis patient / A. Manmilena, N. Octivluiza, B. Cosmina [et al.]. – *Recent Res Mod Med*, 2010. – Vol. 243–248. – URL: <https://www.academia.edu/20819851>. – Текст : электронный.

179. Diabetic control and risk of tuberculosis: a cohort study / C. C. Leung, T. H. Lam, W. M. Chan [et al.] // *Am J Epidemiol.* – 2008. – Vol. 167 (12). – P. 1486–1494. DOI: 10.1093/aje/kwn075.
180. Do HIV infection and antiretroviral therapy influence multidrug-resistant tuberculosis treatment outcomes? / P. Mugabo, A. O. Adewumi, D. Theron [et al.] // *Afr J Pharm Pharmacol.* – 2015. – Vol. 9 (35). – P. 875–880.
181. Dos Santos, A. P. C. Health-Related Quality of Life, Depression and Anxiety in Hospitalized Patients with Tuberculosis / A. P. C. Dos Santos, T. K. Lazzari, M. Sc. D. R. Silva // *Tuberc Respir Dis.* – 2017. – Vol. 80. – P. 69–76.
182. Drug addiction and alcoholism as predictors for tuberculosis treatment default in Brazil: A prospective cohort study / M. Silva, J. Pereira, R. Costa [et al.] // *Epidemiology and Infection.* – 2017. – Vol. 145 (16). – P. 3516–3524. DOI: 10.1017/S0950268817002631.
183. Drug misuse, tobacco smoking, alcohol and other social determinants of tuberculosis in UK-born adults in England: a community-based case-control study / P. Nguipdop-Djomo, L. C. Rodrigues, P. G. Smith [et al.] // *SciRep.* – 2020. – Vol. 10 (1). – P. 5639. DOI: 10.1038/s41598-020-62667-8.
184. Drug-Resistant Tuberculosis and HIV Infection: Current Perspectives / A. Singh, R. Prasad, V. Balasubramanian, N. Gupta // *HIV AIDS (Auckl).* – 2020. – Vol. 12. – P. 9–31. DOI: 10.2147/HIV.S193059.
185. Duko, B. Prevalence and correlates of depression and anxiety among patient with tuberculosis at Wolaita Sodo University Hospital and Sodo Health Center, WolaitaSodo, South Ethiopia, Cross sectional Stady / B. Duko, A. Gebeyehu, G. Ayano // *BMC. Psychiatry.* – 2015. – Vol. 15 (1). – P. 214. DOI: org/10.1186/s12888-015-0598-3.
186. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis / C. A. Marra, F. Marra, V. C. Cox [et al.] // *Health and Qual. Life Res.* – 2004. – Vol. 20 (2). – P. 58.

187. Factors that influence treatment adherence of tuberculosis patients living in Java, Indonesia / B. Widjanarko, M. Gompelman, M. Dijkers, M. J. van der Werf // Patient Prefer Adherence. – 2009. – Vol. 3. – P. 231–238. DOI: 10.2147/ppa.s6020.
188. Fauci, A. S. Glucocorticosteroid therapy: mechanisms of action and clinical considerations / A. S. Fauci, D. C. Dale, J. E. Balow // Ann Intern Med. – 1976. – Vol. 84. – P. 304–315.
189. Feasibility and reliability of health-related quality of life measurements among tuberculosis patients / M. J. Dion, P. Tousignant, J. Bouiheu [et al.] // Qual, Life Res. – 2004. – Vol. 13. – P. 653–665.
190. for TBnet. Treatment outcomes of MDR-TB and HIV co-infection in Europe / C. Magis-Escurra, G. Günther, C. Lange [et al.] // Eur Respir J. – 2017. – Vol. 49 (6). – P. 1602363. DOI: 10.1183/13993003.02363-2016.
191. Gastrectomy correlates with increased risk of pulmonary tuberculosis: A population-based cohort study in Taiwan / K. C. Cheng, K. F. Liao, C. L. Lin, S. W. Lai // Medicine (Baltimore). – 2018. – Vol. 97 (27). – P. e11388. DOI: 10.1097/MD.00000000000011388.
192. Geerling, S. E. Immune dysfunction in patients with diabetes mellitus (DM) / S. E. Geerling, A. I. M. Hoepelman // FEMS Immunology & Medical Microbiology. – 1999. – Vol. 26 (3-4). – P. 259–265.
193. Global tuberculosis report 2015 : [сайт WHO]. – Geneva, 2020. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/191102>. – Текст : электронный.
194. Global tuberculosis report 2019 : [сайт WHO]. – Geneva, 2019. – URL: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-report-2019>. – Текст : электронный.
195. Global tuberculosis report 2020 : [сайт WHO]. – Geneva, 2020. – URL: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020>. – Текст : электронный.
196. Glucocorticoid use, other associated factors, and the risk of tuberculosis / S. S. Jick, E. S. Lieberman, M. U. Rahman, H. K. Choi // Arthritis Rheum. – 2006. – Vol. 55 (1). – P. 19–26. DOI: 10.1002/art.21705.

197. Godfrey, M. S. Tuberculosis and Biologic Therapies: Anti-Tumor Necrosis Factor- α and Beyond / M. S. Godfrey, L. N. Friedman // Clin Chest Med. – 2019. – Vol. 40 (4). – P. 721–739. DOI: 10.1016/j.ccm.2019.07.003.
198. Gopalaswamy, R. Corticosteroids for COVID-19 Therapy: Potential Implications on Tuberculosis / R. Gopalaswamy, S. Subbian // Int J Mol Sci. – 2021. – Vol. 22 (7). – P. 3773. DOI: 10.3390/ijms22073773.
199. Grupo de Trabajo del PMIT-2. Efectos del VIH y otras variables sobreelresultado del tratamiento antituberculosis en España [Effects of HIV status and other variables on the outcome of tuberculosis treatment in Spain] / M. D. Ruiz-Navarro, J. A. Espinosa, M. J. Hernández [et al.] // Arch Bronconeumol. – 2005. – Vol. 41 (7). – P. 363–370. DOI: 10.1016/s1579-2129(06)60242-5.
200. Hayashi, S. Risk of active tuberculosis among people with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis / S. Hayashi, D. Chandramohan // Trop Med Int Health. – 2018. – Vol. 23 (10). – P. 1058–1070. DOI: 10.1111/tmi.13133.
201. High prevalence of multi drug resistant tuberculosis in people living with HIV in Western India / N. Saldanha, K. Runwal, C. Ghanekar [et al.] // BMC Infect Dis. – 2019. – Vol. 19 (1). – P. 391. DOI: 10.1186/s12879-019-4042-z.
202. HIV and multidrug-resistant tuberculosis: Overlapping risk factors / S. van den Hof, A. Tursynbayeva, T. Abildaev // Eur Respir J. – 2015. – Vol. 45. – P. 567–569.
203. HIV impairs TNF- α mediated macrophage apoptotic response to Mycobacterium tuberculosis / N. R. Patel, J. Zhu, S. D. Tachado [et al.] // J Immunol. – 2007. – Vol. 179 (10). – P. 6973–6980. DOI: 10.4049/jimmunol.179.10.6973.
204. HIV-1 infection impairs the bronchoalveolar T-cell response to mycobacteria / B. Kalsdorf, T. J. Scriba, K. Wood [et al.] // Am J Respir Crit Care Med. – 2009. – Vol. 180 (12). – P. 1262–1270. DOI: 10.1164/rccm.200907-1011OC.
205. Horwitz, O. Tuberculosis risk and marital status / O. Horwitz // Am Rev Respir Dis. – 1971. – Vol. 104 (1). – P. 22–31. DOI: 10.1164/arrd.1971.104.1.22.

206. Human eosinophil peroxidase induces surface alteration, killing, and lysis of *Mycobacterium tuberculosis* / V. Borelli, F. Vita, S. Shankar [et al.] // *Infect Immun.* – 2003. – Vol. 71. – P. 605–613.

207. Human immunodeficiency virus and the outcome of treatment for new and recurrent pulmonary tuberculosis in African patients / J. Murray, P. Sonnenberg, S. C. Shearer, P. Godfrey-Faussett // *Am J Respir Crit Care Med.* – 1999. – Vol. 159 (3). – P. 733–740. DOI: 10.1164/ajrccm.159.3.9804147.

208. Immunological Impacts of Diabetes on the Susceptibility of *Mycobacterium tuberculosis* / B. Ayelign, M. Negash, M. Genetu [et al.] // *J Immunol Res.* – 2019. – Vol. 9. – P. 6196532. DOI: 10.1155/2019/6196532.

209. Immunological mechanisms contributing to the double burden of diabetes and intracellular bacterial infections / K. Hodgson, J. Morris, T. Bridson [et al.] // *Immunology.* – 2015. – Vol. 144 (2). – P. 171–185. DOI: 10.1111/imm.12394.

210. Immunological response to *Mycobacterium tuberculosis* infection in blood from type 2 diabetes patients / S. Raposo-García, J. M. Guerra-Laso, S. García-García [et al.] // *Immunology Letters.* – 2017. – Vol. 186. – P. 41–45

211. Impact of HIV co-infection on the evolution and transmission of multidrug-resistant tuberculosis / V. Eldholm, A. Rieux, J. Monteserin [et al.] // *Elife.* – 2016. – Vol. 5. – P. e16644. DOI: 10.7554/eLife.16644.

212. Impact of HIV infection on treatment outcome of tuberculosis in Europe / B. Karo, G. Krause, V. Hollo [et al.] // *AIDS.* – 2016. – Vol. 30 (7). – P. 1089–1098. DOI: 10.1097/QAD.0000000000001016.

213. Impact of pulmonary tuberculosis on survival of HIV-infected adults: a prospective epidemiologic study in Uganda / C. C. Whalen, P. Nsubuga, A. Okwera [et al.] // *AIDS.* – 2000. – Vol. 14. – P. 1219–1228.

214. Impact of socio-economic inequities on tuberculosis in a Southern European city: what is the effect of the recession? / A. Prats-Urbe, A. Orcau, J. P. Millet, J. A. Caylà // *Int J Tuberc Lung Dis.* – 2019. – Vol. 23 (1). – P. 45–51. DOI: 10.5588/ijtld.18.0110.

215. Impaired M. tuberculosis-mediated apoptosis in alveolar macrophages from HIV+ persons: potential role of IL-10 and BCL-3 / N. R. Patel, K. Swan, X. Li [et al.] // *J Leukoc Biol.* – 2009. – Vol. 86 (1). – P. 53–60. DOI: 10.1189/jlb.0908574.
216. Impaired Recognition of Mycobacterium tuberculosis by Alveolar Macrophages From Diabetic Mice / N. Martinez, N. Ketheesan, K. West [et al.] // *J Infect Dis.* – 2016. – Vol. 214 (11). – P. 1629–1637. DOI: 10.1093/infdis/jiw436.
217. In Vivo Molecular Dissection of the Effects of HIV-1 in Active Tuberculosis / LC Bell, G Pollara, M Pascoe [et al.] // *PLoSPathog.* – 2016. – Vol. 12 (3). – P. e1005469. DOI: 10.1371/journal.ppat.1005469.
218. Incidence of tuberculosis in Korean patients with rheumatoid arthritis (RA): effects of RA itself and of tumor necrosis factor blockers / S. S. Seong, C. B. Choi, J. H. Woo [et al.] // *J Rheumatol.* – 2007. – Vol. 34 (4). – P. 706–711. PMID: 17309133.
219. Increased Risk of Pulmonary Tuberculosis in Patients with Depression: A Cohort Study in Taiwan / K. C. Cheng, K. F. Liao, C. L. Lin, S. W. Lai // *Front Psychiatry.* – 2017. – Vol. 8. – P. 235. DOI: 10.3389/fpsyt.2017. 00235.
220. Infection by Mycobacterium tuberculosis promotes human alveolar macrophage apoptosis / J. Keane, M. K. Balcewicz-Sablinska, H. G. Remold [et al.] // *Infect Immun.* – 1997. – Vol. 65. – P. 298–304.
221. Inhaled Corticosteroid-Related Tuberculosis in the Real World Among Patients with Asthma and COPD: A 10-Year Nationwide Population-Based Study / C. M. Lee, J. Heo, S. S. Han [et al.] // *J Allergy Clin Immunol Pract.* – 2019. – Vol. 7 (4). – P. 1197–1206. DOI: 10.1016/j.jaip.2018.10.007.
222. Inhaled corticosteroids and the increased risk of pulmonary tuberculosis: a population-based case-control study / W. S. Chung, Y. F. Chen, J. C. Hsu [et al.] // *Int J Clin Pract.* – 2014. – Vol. 68 (10). – P. 1193–1199. DOI: 10.1111/ijcp.12459.
223. International committee on mental health in cystic fibrosis: Cystic fibrosis foundation and European cystic fibrosiscociety consensus statements for screening and treating depression and anxiety / A. L. Quittner, J. Abbot, A. M. Georgiopoulos [et al.] // *Thorax.* – 2016. – Vol. 71 (1). – P. 26–34. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2015-207488.

224. Irwin, M. R. Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery / M. R. Irwin, A. H. Miller // *Brain Behav Immun.* – 2007. – Vol. 21. – P. 374–383.
225. Jeon, C. Y. Diabetes mellitus increases the risk of active tuberculosis: a systematic review of 13 observational studies / C. Y. Jeon, M. B. Murray // *PLoS Med.* – 2008. – Vol. 5 (7). – P. e152. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050152.
226. Kliiman, K. Predictors of poor treatment outcome in multi- and extensively drug-resistant pulmonary TB / K. Kliiman, A. Altraja // *Eur Respir J.* – 2009. – Vol. 33 (5). – P. 1085–1094. DOI: 10.1183/09031936.00155708.
227. Kwan, C. K. HIV and tuberculosis: a deadly human syndemic / C. K. Kwan, J. D. Ernst // *Clin Microbiol Rev.* – 2011. – Vol. 24 (2). – P. 351–376. DOI: 10.1128/CMR.00042-10.
228. Lawn, S. D. Tuberculosis among HIV-infected patients receiving HAART: long term incidence and risk factors in a South African cohort / S. D. Lawn, M. Badri, R. Wood // *AIDS.* – 2005. – Vol. 19. – P. 2109–2116.
229. Lira, J. Caring for family members with ehronic physical illness: A critical review of caregiver literature / J. Lira, B. Zebrack // *Health and Quality of Life Outcomes.* – 2004. – Vol. 2. – P. 354–362.
230. Low levels of peripheral CD161++CD8+ mucosal associated invariant T (MAIT) cells are found in HIV and HIV/TB coinfection / E. B. Wong, N. A. Akilimali, P. Govender [et al.] // *PLoS One.* – 2013. – Vol. 8. – P. e83474.
231. Martinez, N. Diabetes and immunity to tuberculosis / N. Martinez, N. Kornfeld // *European Journal of Immunology.* – 2014. – Vol. 44 (3). – P. 617–626.
232. Mauss, S. Hepatology. A clinical textbook 2014. Fifth Edition / S. Mauss ; design: A. Baghino, N. Martinez, H. Kornfeld in «Diabetes and immunity to tuberculosis» // *European Journal of Immunology.* – 2014. – Vol. 44 (3). – P. 617–626.
233. Mycobacterium tuberculosis and its purified protein derivative activate expression of the human immunodeficiency virus / M. M. Lederman, D. L. Georges, D. J. Kusner [et al.] // *J Acquir Immune Defic Syndr.* – 1994. – Vol. 7. – P. 727–733.

234. No health without mental health / M. Prince, V. Patel, S. Saxena [et al.] // *Lancet*. – 2007. – Vol. 370. – P. 859–877.
235. Non-adherence to anti-TB drugs among TB/HIV co-infected patients in Mbarara Hospital Uganda: Prevalence and associated factors / G. M. Amuha, P. Kutyaabami, F. E. Kitutu [et al.] // *J Afr Health Scien*. – 2009. – Vol. 9 (2). – P. 8–15.
236. Outcome of HIV-associated tuberculosis in the era of highly active antiretroviral therapy / K. Dheda, F. C. Lampe, M. A. Johnson, M. C. Lipman // *J Infect Dis*. – 2004. – Vol. 190 (9). – P. 1670–1676. DOI: 10.1086/424676.
237. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research / S. A. Munro, S. A. Lewin, H. J. Smith [et al.] // *PLoS Med*. – 2007. – Vol. 4 (7). – P. e238. DOI: 10.1371/journal.pmed.0040238.
238. Patient-centered research priorities for pulmonary nontuberculous micobacteria (NTM) infection. An NTM Reserch Consortium workshop report / E. Henkle, T. Aksamit, A. Barcer [et al.] // *Annals of the American Thoracic*. – 2016. – Vol. 13 (9). – P. S379–384 DOI: 10.1513/ AnnalsATS.201605-387WS.
239. Poor micronutrient status of active pulmonary tuberculosis patients in Indonesia / E. Karyadi, W. Schultink, R. H. Nelwan [et al.] // *J Nutr*. – 2000. – Vol. 130. – P. 2953–2958.
240. Preferential infection and depletion of Mycobacterium tuberculosis-specific CD4 T cells after HIV-1 infection / C. Geldmacher, N. Ngwenyama, A. Schuetz [et al.] // *J Exp Med*. – 2010. – Vol. 207 (13). – P. 2869–2881. DOI: 10.1084/jem.20100090.
241. Prevalence of depression and anxiety in patient with cystic fibrosis and parent caregivers: Results of the international depression epidemiological study across nintejuntries / A. L. Quittner, L. Goldbeck, J. Abbot [et al.] // *Thorax*. – 2014. – Vol. 69 (12). – P. 1090–1097. DOI: 10.1136/ thoraxjnl-2014-205983.
242. Prevalence of depressive symptoms and related risk Factors among patients with tuberculosis in China: A multistage cross-sectional study / Y. Gong, S. Yan, L. Qiu [et al.] // *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. – 2018. – Vol. 98 (6). – P. 1624–1628 DOI: 10.4269/ajmh.17-0840.

243. Prevalence of depressive symptoms and related risk factors in Japanese patients with pulmonary nontuberculous mycobacteriosis / T. Kakuta, M. Tabusadani, K. Yamane [et al.] // *Psychology Health & Medicine*. – 2020. – Vol. 26 (1). – P. 1–8. DOI: 10.1080/13548506.2020.1808235.

244. Prognostic factors associated with mortality before and during anti-tuberculosis treatment / Y. F. Yen, M. Y. Yen, H. C. Shih [et al.] // *Int J Tuberc Lung Dis*. – 2013. – Vol. 17 (10). – P. 1310–1316. DOI: 10.5588/ijtld.12.0888.

245. Quality of life in patients with chronic alveolar hypoventilation / C. Dellborg, J. Olofson, B. Midgren [et al.] // *H Eur. Respir. J.* – 2002. – Vol. 19 (1). – P. 113–120.

246. Quality of life in tuberculosis: patient and provider perspectives / N. N. Hansel, A. W. Wu, B. Chang, G. B. Diette // *Qual. Life Res.* – 2004. – Vol. 13 (3). – P. 639–652.

247. Reduced Mycobacterium tuberculosis association with monocytes from diabetes patients that have poor glucose control / D. I. Gomez, M. Twahirwa, L. S. Schlesinger, B. I. Restrepo // *Tuberculosis (Edinb)*. – 2013. – Vol. 93 (2). – P. 192–197. DOI: 10.1016/j.tube.2012.10.003.

248. Research Axed on Tolerance of Biotherapies Group. Risk of tuberculosis is higher with anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody therapy than with soluble tumor necrosis factor receptor therapy: The three-year prospective French Research Axed on Tolerance of Biotherapies registry / F. Tubach, D. Salmon, P. Ravaud [et al.] // *Arthritis Rheum*. – 2009. – Vol. 60 (7). – P. 1884–1894. DOI: 10.1002/art.24632.

249. Respiratory tuberculosis incidence and mortality in Estonia: 30-year trends and sociodemographic determinants / K. Rahu, P. Viiklepp, K. Villand [et al.] // *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. – 2019. – Vol. 23 (1). – P. 112–118. DOI: 10.5588/ijtld.18.0388.

250. Restrepo, B. I. Host-pathogen interactions in tuberculosis patients with type 2 diabetes mellitus / B. I. Restrepo, L. S. Schlesinger // *Tuberculosis*. – 2013. – Vol. 93. – P. S10–S14.

251. Risk factors for mortality among MDR- and XDR-TB patients in a high HIV-prevalence setting / N. R. Gandhi, J. R. Andrews, J. C. M. Brust [et al.] // *Int J Tuberc Lung Dis.* – 2012. – Vol. 16 (1). – P. 90–97. DOI: 10.5588/ijtld.11.0153
252. Risk factors for tuberculosis: diabetes, smoking, alcohol use, and the use of other drugs / D. R. Silva, M. Muñoz-Torrico, R. Duarte [et al.] // *J Bras Pneumol.* – 2018. – Vol. 44 (2). – P. 145–152. DOI: 10.1590/s1806-37562017000000443.
253. Risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis in Hong Kong-the role of TNF blockers in an area of high tuberculosis burden / L. S. Tam, C. C. Leung, S. K. Ying [et al.] // *Clin Exp Rheumatol.* – 2010. – Vol. 28 (5). – P. 679–685. PMID: 20822708.
254. Role of risk factors and socio-economic status in pulmonary tuberculosis: a search for the root cause in patients in a tertiary care hospital, South India / S. Gupta, V. P. Shenoy, C. Mukhopadhyay [et al.] // *Trop Med Int Health.* – 2011. – Vol. 16 (1). – P. 74–78. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2010.02676.x.
255. Segal, B. H. Infectious complications of immunosuppressive therapy in patients with rheumatic diseases / B. H. Segal, M. C. Sneller // *Rheum Dis Clin North Am.* – 1997. – Vol. 23. – P. 219–237.
256. Simou, E. Alcohol consumption and risk of tuberculosis: a systematic review and meta-analysis / E. Simou, J. Britton, J. Leonardi-Bee // *Int J Tuberc Lung Dis.* – 2018. – Vol. 22 (11). – P. 1277–1285. DOI: 10.5588/ijtld.18.0092.
257. Spatial epidemiology of tuberculosis in the high-burden counties of Kisumu and Siaya, Western Kenya, 2012–2015 / P. M. Sifuna, C. Ouma, H. Atieli [et al.] // *Int J Tuberc Lung Dis.* – 2019. – Vol. 23 (3). – P. 363–370. DOI: 10.5588/ijtld.18.0245.
258. Stampfli, M. R. How cigarette smoke skews immune responses to promote infection, lung disease and cancer / M. R. Stampfli, G. P. Anderson // *Nat. Rev. Immunol.* – 2009. – Vol. 9 (5). – P. 377–384. DOI: 10.1038/nri2530.
259. Suchindran, S. Is HIV infection a risk factor for multi-drug resistant tuberculosis? A systematic review / S. Suchindran, E. S. Brouwer, A. Van Rie // *PLoS One.* – 2009. – Vol. 4 (5). – P. e5561. DOI: 10.1371/journal.pone.0005561.

260. Szabo, G. Alcohol's effect on host defense / G. Szabo, B. Saha // *Alcohol Res.* – 2015. – Vol. 37. – P. 159–170.

261. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. This official statement of the American Thoracic Society was adopted by the ATS Board of Directors, July 1999. This is a Joint Statement of the American Thoracic Society (ATS) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). This statement was endorsed by the Council of the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the sections of this statement // *Am J Respir Crit Care Med.* – 1999. – Vol. 2000 (161). – P. S221–247.

262. TB management by private practitioners – is it bad everywhere? / P. S. Rakesh, S. Balakrishnan, S. Jayasankar, R. V. Asokan // *Indian J Tuberc.* – 2016. – Vol. 63 (4). – P. 251–254.

263. Testing a tripartite model: II. Explorigg the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples / D. Watson, L. A. Clarc, K. Weber [et al.] // *J Abnorm Psychol.* – 1995. – Vol. 104. – P. 15–25.

264. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review / J. Rehm, A. V. Samokhvalov, M. G. Neuman [et al.] // *BMC Public Health.* – 2009. – Vol. 9. – P. 450. DOI: 10.1186/1471-2458-9-450.

265. The epidemiology, pathogenesis, transmission, diagnosis, and management of multidrug-resistant, extensively drug-resistant, and incurable tuberculosis / K. Dheda, T. Gumbo, G. Maartens [et al.] // *Lancet Respir Med.* – 2017. – Vol. 5 (4). – P. 291–360. DOI: 10.1016/S2213-2600(17)30079-6.

266. The global relationship between the prevalence of diabetes mellitus and incidence of tuberculosis: 2000–2012 / A. Badawi, S. Sayegh, M. Sallam [et al.] // *Glob J Health Sci.* – 2014. – Vol. 7 (2). – P. 183–191. DOI: 10.5539/gjhs.v7n2p183.

267. The impact of knowledge and attitudes on adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a Moroccan region / N. Tachfouti, K. Slama, M. Berraho, C. Nejari // *PanAfrMed J.* – 2012. – Vol. 12. – P. 52. PMID: 22937192.

268. The potential impact of the COVID-19 response on tuberculosis in high-burden countries: a modelling analysis. – Geneva : Stop TB Partnership in collaboration

with Imperial College, Avenir Health, Johns Hopkins University and USAID, 2020. – 7 p.

269. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan / M. O. Husain, S. P. Dearman, I. B. Chaudhry [et al.] // Clin Pract Epidemiol Mental Healt. – 2008. – Vol. 4 (14). – P. 15.

270. The relationship of depression and stressors to immunological assays: a metaanalytic review / E. P. Zorrilla, L. Luborsky, J. R. McKay [et al.] // Brain Behav Immun. – 2001. – Vol. 15. – P. 199–226.

271. The risk of tuberculosis in patients with psoriasis treated with anti-tumor necrosis factor agents / T. Ergun, D. Seckin, E. Baskan Bulbul [et al.] // Int J Dermatol. – 2015. – Vol. 54 (5). – P. 594–599. DOI: 10.1111/ijd.12628.

272. The role of interferon-gamma in the increased tuberculosis risk in type 2 diabetes mellitus / J. E. Stalenhoef, B. Alisjahbana, E. J. Nelwan [et al.] // Eur J Clin Microbiol Infect Dis. – 2008. – Vol. 27 (2). – P. 97–103. DOI: 10.1007/s10096-007-0395-0.

273. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review / I. Bjellanda, A. A. Dahlb, T. T. Haugc, D. Neckelmannd // Journal of Psychosomatic Research. – 2002. –Vol. 52. – P. 69–77.

274. TLR2-dependent eosinophil interactions with mycobacteria: role of alphadefensins / V. Driss, F. Legrand, E. Hermann [et al.] // Blood. – 2009. – Vol. 113. – P. 3235–3244.

275. Tornheim, J. A. Tuberculosis Associated with HIV Infection / J. A. Tornheim, K. E. Dooley // Microbiol Spectr. – 2017. – Vol. 5 (1). – P. 577–594. DOI: 10.1128/microbiolspec.TNMI7-0028-2016.

276. Treatment Adherence Among Persons Receiving Concurrent Multidrug-Resistant Tuberculosis and HIV Treatment in KwaZulu-Natal, South Africa / F. Stephens, N. R. Gandhi, J. C. M. Brust [et al.] // J Acquir Immune Defic Syndr. – 2019. – Vol. 82 (2). – P. 124–130. DOI: 10.1097/QAI.0000000000002120.

277. Treatment outcomes from community-based drug resistant tuberculosis treatment programs: a systematic review and meta-analysis / P. Weiss, W. Chen,

V. J. Cook, J. C. Johnston // BMC Infect Dis. – 2014. – Vol. 14. – P. 333. DOI: 10.1186/1471-2334-14-333.

278. Treatment outcomes in multidrug resistant tuberculosis-human immunodeficiency virus Co-infected patients on anti-retroviral therapy at Sizwe Tropical Disease Hospital Johannesburg, South Africa / T. Umanah, J. Ncayiyana, X. Padanilam, P. S. Nyasulu // BMC Infect Dis. – 2015. – Vol. 15. – P. 478. DOI: 10.1186/s12879-015-1214-3.

279. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent / J. Keane, S. Gershon, R. P. Wise [et al.] // N Engl J Med. – 2001. – Vol. 345 (15). – P. 1098–1104. DOI: 10.1056/NEJMoa011110.

280. Tuberculosis during TNF- α inhibitor therapy, despite screening / R. W. Hofland, S. F. Thijsen, M. A. Verhagen [et al.] // Thorax. – 2013. – Vol. 68 (11). – P. 1079–1080. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2012-202974.

281. Tuberculosis immune reconstitution inflammatory syndrome in countries with limited resources / R. Colebunders, L. John, V. Huyst [et al.] // Int J Tuberc Lung Dis. – 2006. – Vol. 10 (9). – P. 946–953. PMID: 16964782.

282. Tuberculosis in immigrants in Finland, 1995–2013 / P. E. Räisänen, H. Soini, N. Vasankari [et al.] // Epidemiol Infect. – 2016. – Vol. 144 (2). – P. 425–433.

283. Tuberculosis surveillan ceand monitoring reportin Europe 2020: surveillance ereport. – ECDC, 2020. – 200 p.

284. Tuberculosis surveillance and monitoring report in Europe 2017: surveillance report. – ECDC, 2017. – 162 p.

285. Tuberculosis treatment default among HIV-TB co-infected patients in urban Uganda / S. Elbireer, D. Guwatudde, P. Mudiope [et al.] // TropMedand Int Health. – 2011. – 16 (8). – P. 981-987. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2011.02800.x.

286. Tuberculosis Treatment Non-Adherence and Lost to Follow Up among TB Patients with or without HIV in Developing Countries: A Systematic Review / H. H. Tola, A. Tol, D. Shojaeizadeh, G. Garmaroudi // Iran J Public Health. – 2015. – Vol. 44 (1). – P. 1–11. PMID: 26060770.

287. Two human host defense ribonucleases against mycobacteria, the eosinophil cationic protein (RNase 3) and RNase 7 / D. Pulido, M. Torrent, D. Andreu [et al.] // *Antimicrob Agents Chemother.* – 2013. – Vol. 57. – P. 3797–3805.

288. Use of inhaled corticosteroids and the risk of tuberculosis / C. H. Lee, K. Kim, M. K. Hyun [et al.] // *Thorax.* – 2013. – Vol. 68 (12). – P. 1105–1113. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2012-203175.

289. Yew, W. W. Oxidative stress and TB outcomes in patients with diabetes mellitus? / W. W. Yew, C. C. Leung, Y. Zhang // *Journal of Antimicrobial Chemotherapy.* – 2017. – Vol. 72 (6). – P. 1552–1555.

290. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // *Acta Psychiatr Scand.* – 1983. – Vol. 6 (67). – P. 361–370.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

1. Рисунок 1 – Дизайн исследования. С.
2. Рисунок 2 – Доля больных с впервые в жизни установленным диагнозом ТБ/ВИЧ с 2010 по 2018 гг. в 3 благополучных территориях СФО. С.
3. Рисунок 3 – Карта-схема 1. Районы Новосибирской области с высоким уровнем заболеваемости ТБ/ВИЧ среди взрослого населения (выделены коричневым цветом). С.
4. Рисунок 4 – Карта-схема 2. Районы города Новосибирска с высокой заболеваемостью впервые выявленной ТБ/ВИЧ инфекции среди взрослого населения (выделены серым цветом). С.
5. Рисунок 5 – Анализ типов отношения к болезни пациентов IА и IIБ групп по блокам, досрочно прекратившим лечение в стационаре. . . С.
6. Рисунок 6 – Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки пациента Ш. Легочная милиарная диссеминация с обеих сторон, двустороннее увеличение внутригрудных лимфатических узлов. . . С.
7. Рисунок 7 – МСКТ ОГК пациента Ш. при поступлении в стационар. С.
8. Рисунок 8 – МСКТ ОГК пациента Г. Множественные очаговые тени малых размеров с чёткими контурами по всем легочным полям; увеличенные лимфатические узлы средостения. С.
9. Рисунок 9 – МСКТ ОГК пациента Г. Увеличенные лимфатические узлы средостения. С.
10. Таблица 1 – Дизайн исследования. С.
11. Таблица 2 – Наименование шкал анкеты SF-36 и характеристика показателей, составляющих физическую и психическую компоненты здоровья. С.
12. Таблица 3 – Доля больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в 2010–2018 гг. в СФО. С.

13. Таблица 4 – Анализ динамики доли больных (%) туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией с впервые в жизни установленным диагнозом по субъектам СФО в разные годы (2010–2018 гг.). С.
14. Таблица 5 – Показатель заболеваемости ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в отдаленных районах НСО (на 100 тыс. населения). С.
15. Таблица 6 – Показатель заболеваемости ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в условно-отдаленных районах НСО (на 100 тыс. населения). С.
16. Таблица 7 – Показатель заболеваемости ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в районах НСО, прилежащих к г. Новосибирску (на 100 тыс. населения). С.
17. Таблица 8 – Доля больных (%) с впервые выявленным ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в районах НСО с 2014 по 2018 гг. С.
18. Таблица 9 – Заболеваемость впервые выявленной ТБ/ВИЧ инфекции среди взрослого населения в районах города Новосибирска за 2014–2018 гг. (на 100 тыс. населения). С.
19. Таблица 10 – Доля больных с впервые выявленной сочетанной инфекцией среди взрослого населения в районах города Новосибирска с 2014–2018 гг. С.
20. Таблица 11 – Гендерные, возрастные и социальные характеристики больных с ТБ/ВИЧ сравниваемых групп в 2014 и 2018 гг. С.
21. Таблица 12 – Наличие и виды контакта у больных ТБ/ВИЧ сравниваемых групп в 2014 и 2018 гг. С.
22. Таблица 13 – Методы выявления туберкулеза у больных с сочетанной инфекцией в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). С.
23. Таблица 14 – Клинические формы туберкулеза у больных с ТБ/ВИЧ на амбулаторном этапе обследования. С.
24. Таблица 15 – Бактериовыделение у пациентов с ТБ/ВИЧ сравниваемых групп на амбулаторном этапе. С.

25. Таблица 16 – Особенности путей передачи ВИЧ-инфекции у больных ТБ/ВИЧ. С.
26. Таблица 17 – Сроки дообследования пациентов сравниваемых групп на ВИЧ-инфекцию в инфекционной службе на амбулаторном этапе. С.
27. Таблица 18 – Характеристика ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом на амбулаторном этапе – стадии заболевания, лабораторные характеристики, приём АРВТ. С.
28. Таблица 19 – Сравнительная характеристика социальных особенностей пациентов IА и IIБ групп на стационарном этапе. . . . С.
29. Таблица 20 – Сравнительная характеристика видов контакта и способов выявления туберкулеза у пациентов IА и IIБ групп на стационарном этапе. С.
30. Таблица 21 – Клинические формы туберкулеза у пациентов IА и IIБ групп у пациентов при поступлении в стационар. С.
31. Таблица 22 – Переносимость противотуберкулезных препаратов, варианты развития лекарственных осложнений. С.
32. Таблица 23 – Анализ распределения пациентов IА и IIБ групп по блокам и типам отношения к болезни. С.
33. Таблица 24 – Распределение пациентов IА и IIБ групп по блокам и типам отношения к болезни через 3 месяца лечения в стационаре. . С.
34. Таблица 25 – Изменение типов личностного реагирования пациентов IА и IIБ групп, продолживших лечение в стационаре. . . . С.
35. Таблица 26 – Анализ определения уровня тревоги и депрессии по опроснику HADS при поступлении и через 3 месяца лечения в стационаре у пациентов IА и IIБ групп. С.
36. Таблица 27 – Степень выраженности тревоги при поступлении в стационар у больных IА и IIБ групп. С.
37. Таблица 28 – Степень выраженности депрессии при поступлении пациентов в стационар у больных IА и IIБ групп. С.

38. Таблица 29 – Анализ выраженности тревоги у пациентов IА и IIБ групп через 3 месяца лечения в стационаре. С.
39. Таблица 30 – Анализ выраженности депрессии у пациентов IА и IIБ групп через 3 месяца лечения в стационаре. С.
40. Таблица 31 – Анализ результатов работы по шкалам опросника SF-36 пациентов IА и IIБ групп при госпитализации. С.
41. Таблица 32 – Анализ результатов шкал опросника SF-36 через 3 месяца от начала лечения в стационаре пациентов IА и IIБ групп. . . С.
42. Таблица 33 – Результаты анкетирования пациента III. по анкете SF-36 при поступлении. С.
43. Таблица 34 – Результаты анкетирования пациента Г. по анкете SF-36 при поступлении и в динамике. С.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

(справочное)

ЛОБИ – Личностный опросник Бехтеревского Института

Ниже приведён ряд утверждений, касающихся Вашего заболевания, самочувствия, а также некоторых аспектов жизни в целом. Пожалуйста, отметьте утверждения, которые Вы считаете верными в отношении себя. В каждом разделе, отмеченном римской цифрой, Вы можете сделать не более двух выборов.

I. Самочувствие

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
12. Ни одно из определений мне не подходит

II. Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня
11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
12. Ни одно из определений мне не подходит

III. Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
2. Утро для меня – самое тяжелое время суток
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения
8. Утром я встаю бодрым и энергичным
9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
10. По ночам у меня бывают приступы страха
11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему
12. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни
13. Во сне мне видятся всякие болезни
14. Ни одно из определений мне не подходит

IV. Аппетит и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
2. У меня хороший аппетит
3. У меня плохой аппетит
4. Я люблю сытно поесть
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
6. Мне легко можно испортить аппетит
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
11. Ни одно из определений мне не подходит

V. Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью
6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают

9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи
11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым
14. Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни
16. Ни одно из определений мне не подходит

VI. Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных
8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
10. Считаю, что меня лечат неправильно
11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое
13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
15. Ни одно из определений мне не подходит

VII. Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному
2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат

5. Мне все равно, кто и как меня лечит
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии
10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом
12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время
14. Ни одно из определений мне не подходит

VIII. Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня
2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения
3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного
4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды
5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
9. Из-за болезни я стал в тягость близким
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь
11. Я считаю, что заболел из-за моих родных
12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни
13. Ни одно из определений мне не подходит

IX. Отношение к работе (учебе)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)
2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)
3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной
4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)

5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)

6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью

7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне

8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)

9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни

10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)

11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)

12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни

13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь

14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу

15. Ни одно из определений мне не подходит

Х. Отношение к окружающим

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня

2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое

3. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение

4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни

5. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется

6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть

7. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни

8. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий

9. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих

10. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни

11. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу

12. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня

13. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей

14. Ни одно из определений мне не подходит

ХІ. Отношение к одиночеству

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше

2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество

3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу

4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях
5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать
6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям
7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни
8. Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве
9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения
10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью
11. Ни одно из определений мне не подходит

XII. Отношение к будущему

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым
2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее
3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях
4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем
5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем
6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)
7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем
8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее
9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел
10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей
11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее
12. Ни одно из определений мне не подходит

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

(справочное)

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Т	Я напряжен. Мне не по себе	
3		все время
2		часто
1		время от времени, иногда
0		совсем не испытываю
Д	То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает такое же чувство	
0		определенно это так
1		наверное, это так
2		лишь в очень малой степени это так
3		это совсем не так
Т	Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться	
3		определенно это так, и страх очень сильный
2		да, это так, но страх не очень сильный
1		иногда, но это меня не беспокоит
0		совсем не испытываю
Д	Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	

0		определенно, это так
1		наверное, это так
2		лишь в очень малой степени это так
3		совсем не способен
Т	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	
3		постоянно
2		большую часть времени
1		время от времени
0		только иногда
Д	Я чувствую себя бодрым	
3		совсем не чувствую
2		очень редко
1		иногда
0		практически все время
Т	Я легко могу сесть и расслабиться	
0		определенно, это так
1		наверное, это так
2		лишь изредка это так

3		совсем не могу
Д	Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	
3		практически все время
2		часто
1		иногда
0		совсем нет
Т	Я испытываю внутренне напряжение или дрожь	
0		совсем не испытываю
1		иногда
2		часто
3		очень часто
Д	Я не слежу за своей внешностью	
3		определенно это так
2		я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
1		может быть, я стал меньше уделять этому внимания
0		я слежу за собой так же, как и раньше
Т	Я не могу усидеть на месте, словно мне постоянно нужно двигаться	
0		определенно, это так

1		наверное, это так
2		лишь в очень малой степени это так
3		совсем не способен
Д	Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	
0		точно так, как и обычно
1		да, но не в той степени, как раньше
2		значительно меньше, чем раньше
3		совсем не считаю
Т	У меня бывает внезапное чувство паники	
3		действительно, очень часто
2		довольно часто
1		не так уж часто
0		совсем не бывает
Д	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, фильма, радио- или телепрограммы	
0		часто
1		иногда
2		редко
3		очень редко

ПРИЛОЖЕНИЕ В

(справочное)

Опросник SF-36

1. Как бы Вы в целом оценили состояние Вашего здоровья (обведите одну цифру) **2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад (обведите одну цифру)**

Отличное	1	Значительно лучше, чем год назад	1
Очень хорошее	2	Несколько лучше, чем год назад	2
Хорошее	3	Примерно так же, как год назад	3
Посредственное	4	Несколько хуже, чем год назад	4
Плохое	5	Гораздо хуже, чем год назад	5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня.

Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Да, значительно ограничивает Да, немного ограничивает Нет, совсем не ограничивает

Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели так, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего: (обведите одну цифру в каждой строке)

Да Нет

А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемое на работу или другие дела.

1 2

Б. Выполнили меньше, чем хотели.

1 2

В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.

1 2

Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).

1 2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке)

Да Нет

А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.

1 2

Б. Выполнили меньше, чем хотели.

1 2

В. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно

1 2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

Совсем не мешало	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а)	1
Очень слабую	2
Слабую	3
Умеренную	4
Сильную	5
Очень сильную	6

8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)? (обведите одну цифру)

Совсем не мешала	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель.

Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. (обведите одну цифру)	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?
(обведите одну цифру)

Все время 1
Большую часть времени 2
Часто 3
Иногда 4
Редко 5
Ни разу 6

11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?
(обведите одну цифру в каждой строке)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

(справочное)

Алгоритм междисциплинарного взаимодействия врачей на разных этапах наблюдения пациентов с ТБ/ВИЧ.

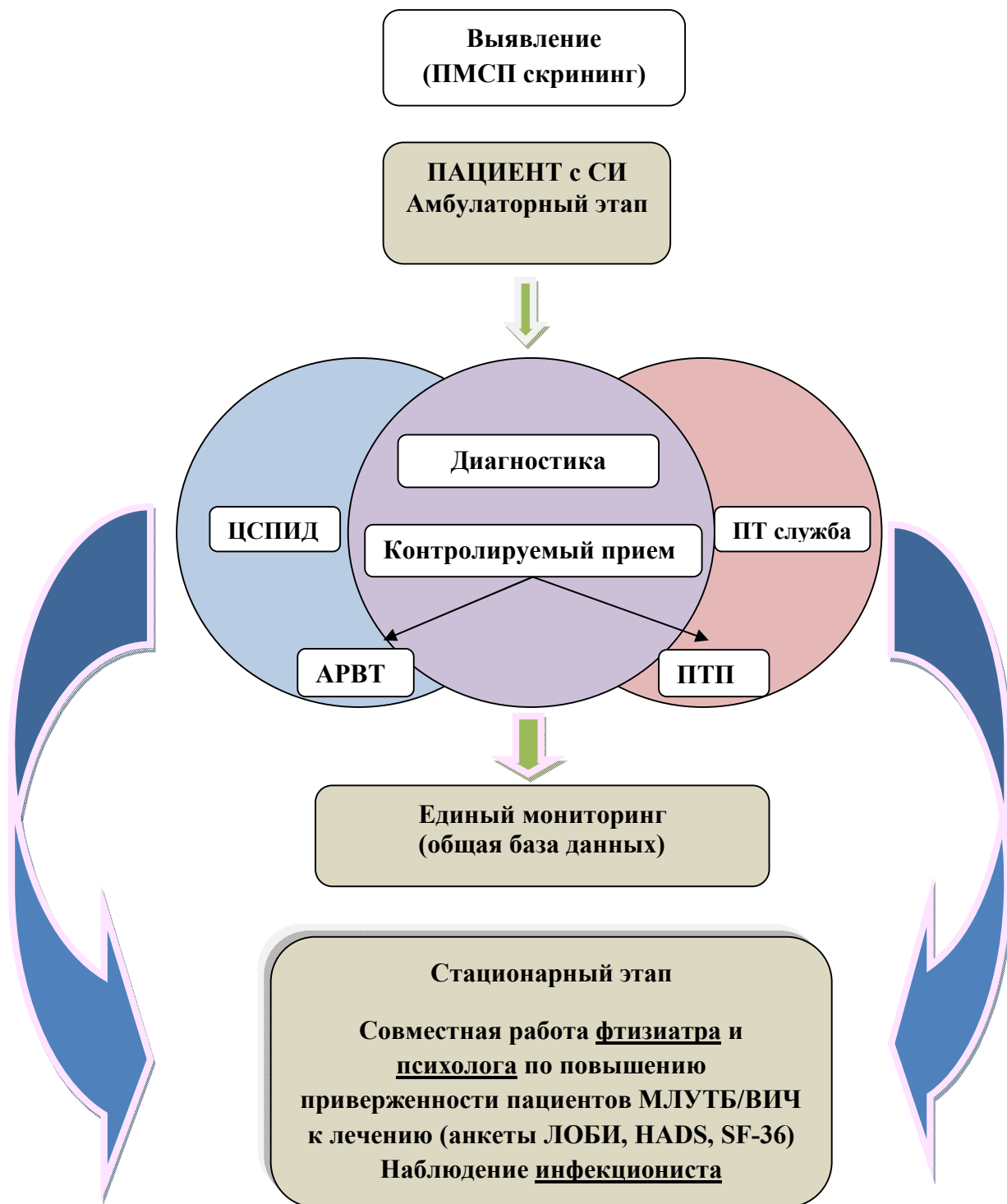


Рисунок 1 – Междисциплинарное взаимодействие врачей (фтизиатр, инфекционист, психотерапевт) на разных этапах наблюдения пациентов с ТБ/ВИЧ

При выявлении, лечении и наблюдении пациентов с ТБ/ВИЧ необходимо скоординированное, междисциплинарное взаимодействие врачей ПМСП, инфекционной, фтизиатрических служб в процессе проведения плановых, скрининговых исследований в районах НСО и города Новосибирска. Особое внимание следует уделять социальным группам риска, неблагополучных по ТБ/ВИЧ:

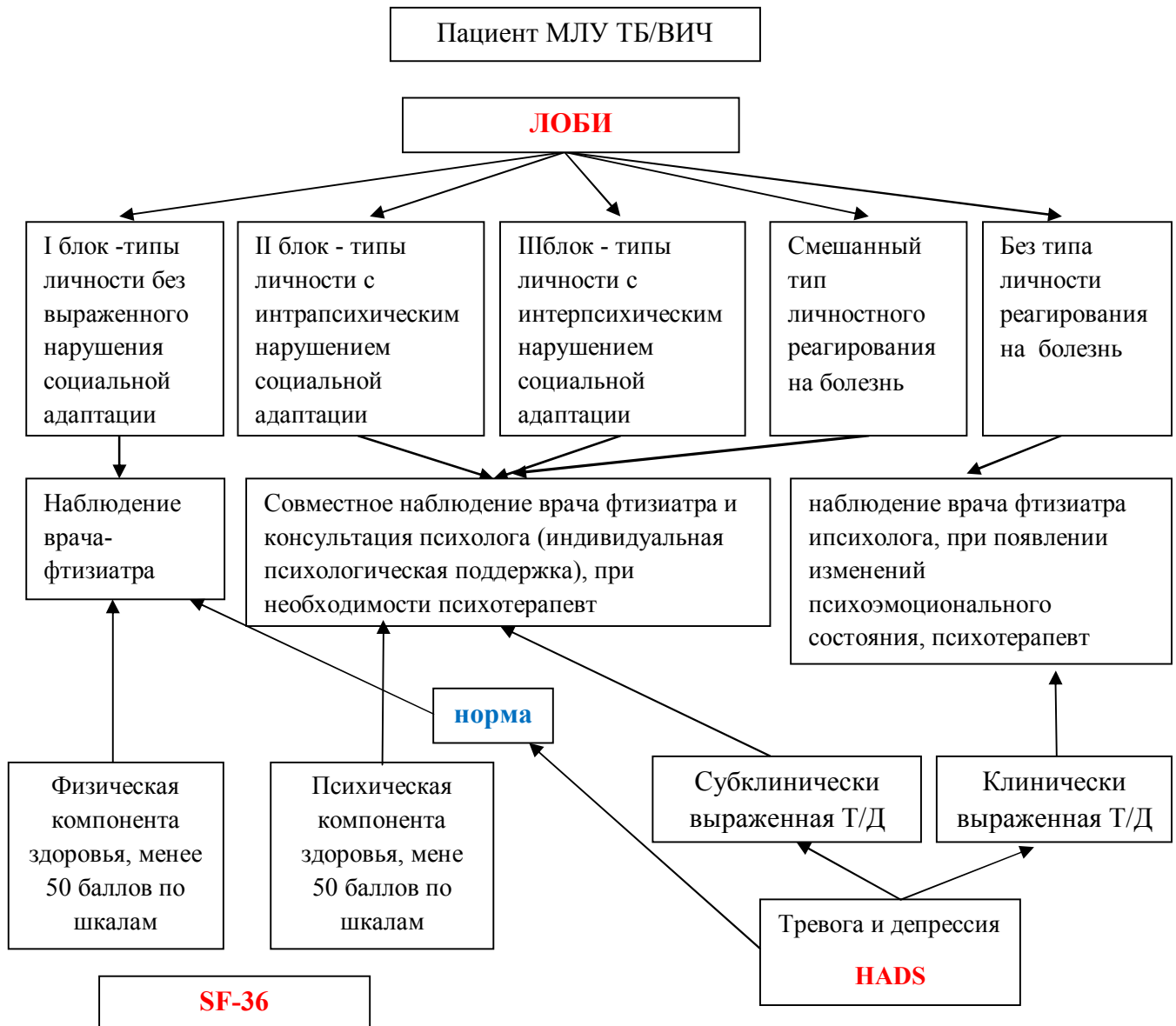
- лица молодого возраста;
- люди с наркотической, алкогольной зависимостью, табакокурением;
- прибывшие из МЛС;
- безработные, не имеющие дохода, с низким доходом и уровнем образования;
- длительно не обращающиеся за медицинской помощью.

Важно обеспечить преемственность пациентов между врачами медицинских центров ПМСП территорий области и города с врачами ПТД и ЦСПИД, доступность обращения больных в эти центры и необходимость проведения активного контроля за обследованием пациентов.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

(справочное)

Алгоритм индивидуальной программы действия врачей при выявлении разных психотипов у больных МЛУ ТБ/ВИЧ



Примечание: Т/Д – тревога/депрессия

Пациенты с психотипами, по опроснику ЛОБИ, относящиеся к I блоку, - характеризуются стремлением больных преодолеть заболевание, с сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования, без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации. При этом

программа действия должна быть следующей: «больной МЛУ ТБ/ВИЧ – врач фтизиатр» – необходим постоянный персональный подход к больному с разъяснениями о необходимости длительного лечения, его особенностях, о здоровье окружающих, членов семьи, о возвращении на работу, о планах после выздоровления. При таком психотипе пациент, по оценке фтизиатра, не нуждается в консультации психолога.

Больные с психотипами II блока характеризуются тревожным состоянием, отказом от борьбы с болезнью, безразличным отношением к своему здоровью, с проявлением раздражительности и вспышек агрессии, особенно при неудачах в лечении. При этом программа действия усложняется: «больной МЛУ ТБ/ВИЧ – врач фтизиатр – консультация психолога по рекомендации фтизиатра – психотерапевтическая поддержка при необходимости».

Особенности психотипов пациентов III блока заключаются в появлении агрессивного поведения в отношении окружающих, связанного с постоянным опасением того, что окружающие могут раскрывать, распространять информацию о болезни, пациенты во всём видят злой умысел окружающих, часто включая и медицинский персонал. При этом психотипе программа действия: «больной МЛУ ТБ/ВИЧ – врач фтизиатр – индивидуальная психологическая поддержка: консультация, наблюдение психологом, при необходимости по его рекомендации – консультация психотерапевта».

«Смешанный» тип личности включает в себя черты, присущие нескольким психотипам. Программа действия: «больной МЛУ ТБ/ВИЧ – необходима совместная работа врача фтизиатра с психологом и, по его решению, – консультация психотерапевта».

У больных «без диагностированного типа личности» - их истинный психотип не известен, так как пациенты ложно отвечают на вопросы анкеты, скрывают свое отношение к болезни, к окружающим, не показывают свое «собственное место» в болезни. При этом целесообразна следующая программа действия: «больной – совместная работа врача фтизиатра, психолога и психотерапевта».

Учитывая лабильность, изменчивость психотипов личности пациентов в процессе лечения в динамике, консультация психологом проводится после выявления врачом – фтизиатром изменений в эмоциональном состоянии, поведении больных.

С целью определения наличия тревоги и депрессии у пациентов, а также определения ее выраженности, врачом фтизиатром целесообразно использование в работе с пациентами опросника HADS, с проведением подсчетов баллов по каждой субшкале.

Заключение о состоянии пациента делается на основании суммы баллов, интерпретация результатов следующая:

*от 0 до 7 баллов – норма, у пациента, набравшего такой результат, отсутствуют достоверные, клинически значимые симптомы тревожности или депрессии, в связи, с чем достаточно наблюдения только врачом-фтизиатром;

* от 8 до 10 баллов – субклинически выраженный синдром (тревоги или депрессии); пациент нуждается в индивидуальном внимании лечащего врача и консультации психолога;

*11 и выше – клинически выраженная тревога/депрессия. Пациенту, показавшему подобные результаты, показана консультация профильного специалиста – психолога, психотерапевта.

При проведении тестирования по анкете SF-36 проводится определение влияния физического и психологического состояния здоровья на повседневную, ролевую деятельность, эмоциональное состояние, влияющее на социальную активность, общее настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель эмоций в настоящий момент и перспективу на фоне лечения. Учитывая отсутствие четко обозначенной нормы баллов по определению к условной норме, принято считать, что чем выше балл по шкалам, тем выше качество жизни.

Пограничный уровень баллов был выбран в 50 баллов по шкалам определяющим, физическую и психическую компоненту здоровья. Значения выше этого уровня считались стремящимися к 100 баллам – высокому качеству

жизни, уровень баллов, стремящийся к нулю, соответствует низкому качеству жизни.

Количество баллов, набранных пациентами менее 50 по физической компоненте здоровья, приводят к необходимости врача фтизиатра обратить внимание на физическое состояние пациента, на фоне течения ТБ/ВИЧ, так как возможно ухудшение самочувствия, появление или усиление болей, дискомфорта, жалоб на фоне приема ПТП при выполнении повседневной работы.

Количество баллов, набранных пациентами менее 50 по психической компоненте здоровья, приводят к необходимости врача фтизиатра определить изменения эмоционального состояния пациента, настроение, появление тревожности или явлений депрессии на фоне течения ТБ/ВИЧ и приема ПТП и АРВТ и терапии сопровождения (большое количество препаратов), влияющих на социальную активность, выполнение повседневной работы. Программа действия: «больной – совместная работа врача-фтизиатра и психолога, при необходимости по его рекомендации – консультация психотерапевта».