

Пушкарева Елена Юрьевна

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

3.1.26. Фтизиатрия

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2021

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Министерства здравоохранения Российской Федерации и федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент **Колпакова Татьяна Анатольевна**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Филинюк Ольга Владимировна**
(Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии, г. Томск)

кандидат медицинских наук, профессор **Ханин Аркадий Лейбович**
(Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии, г. Новокузнецк, Кемеровская обл.)

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2021 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета 21.2.046.01, созданного на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, ул. Залесского, д. 4; тел. 8 (383) 222-68-35); <http://ngmu.ru/dissertation/509>

Автореферат разослан «_____» _____ 2021 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

И. В. Куимова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность избранной темы. Туберкулез (ТБ) в сочетании с ВИЧ-инфекцией является одной из основных проблем мирового здравоохранения. ВИЧ оказывает влияние на напряженность эпидемического процесса ТБ как в России, так и за рубежом (Шугаева С. Н. с соавт., 2018, 2019; Загдын З. М., 2019; ВОЗ, 2020). По оценкам О. Б. Нечаевой, в 2018 году в России заболеваемость туберкулезом среди больных с ВИЧ-инфекцией превышала таковую среди ВИЧ-негативных в 58,6 раза по сравнению с 2010 г. Особую проблему представляет ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя у лиц с ВИЧ-положительным статусом (Нечаева О. Б., 2018; Isaakidis P et al., 2014; Singh A. et al., 2020). В России в 2017 году доля впервые выявленного МЛУ ТБ у пациентов с ВИЧ-инфекцией составила 19 %, худшим был показатель в СФО – 26 % (Цыбикова Э. Б с соавт., 2018). При этом отмечен высокий риск неэффективного лечения больных с МЛУ ТБ/ВИЧ (Корецкая Н. М. в соавт., 2017; Загдын З. М. в соавт., 2021; Chem E. D. et al., 2019), на эффективность которого влияет наличие неблагоприятных социальных факторов (Гельберг И. С., с соавт. 2019), низкая приверженность пациентов к приему ПТП – прерывание, отрыв от терапии (Филинчук О. В. с соавт., 2021; Kliiman K. et al., 2009). По оценкам ряда авторов преждевременно выписываются из стационара более 50 % пациентов, рассматривая лечение нецелесообразным (Микова О. Е. с соавт., 2015; Алиев А. В., 2018; Tola H. N. et al., 2015), имея сомнения в возможности излечения от ТБ (Гуревич Г. Л., 2014; Elbireer S. et al., 2014). На мотивацию к обследованию, лечению оказывают влияние личностные особенности больных ТБ/ВИЧ (Пьянзова Т. В., 2012), проявляющиеся эмоциональными расстройствами – депрессивными, тревожными реакциями разной степени выраженности, которые замедляют процессы адаптации больного к заболеванию, лечению и требуют индивидуального подхода, нередко совместно с психологом (Брюханова Н. С. с соавт., 2011; Мордык А. В. с соавт., 2016). 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 (Цыбикова Э. Б с соавт., 2018). О. Б. Нечаева (2018) отмечает увеличение заболеваемости и распространенности ко-инфекции в РФ среди больных туберкулёзом в 1,6–1,7 раза с 2010 по 2018 год. 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 (Гурылева М. Э. с соавт., 2005; Мордык А. В. с соавт., 2009; Мордык А. В. с соавт., 2011; Marra C. A. et al., 2004; Manmilena A., 2010). 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, а также городе 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 с 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.

Научная новизна

1. Впервые проведен сравнительный анализ доли больных с впервые выявленной ТБ/ВИЧ-инфекцией в СФО с 2010 по 2018 год, а также изучены заболеваемость и доля больных ТБ/ВИЧ в сельских и городских районах Новосибирской области с 2014 по 2018 год.

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 по 2018 год – доли больных с ТБ/ВИЧ в СФО, заболеваемости и доли больных ТБ/ВИЧ в сельских и городских районах Новосибирской области с 2014 по 2018 год, 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, направленная 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, а также ординаторов.

Методология и методы диссертационного исследования. Для решения поставленных задач выполнено когортное, ретроспективное исследование доли ТБ/ВИЧ в СФО, а также показателя заболеваемости и доли ВВ ТБ/ВИЧ в сельских и городских районах НСО. Было обнаружено ежегодное увеличение этих показателей, что явилось предпосылкой для изучения медико-социальных характеристик больных ТБ/ВИЧ на амбулаторном этапе, а в последующем проведено когортное, ретроспективное и проспективное исследование психоэмоциональных особенностей пациентов МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ в условиях стационара. В результате 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 Сибирском федеральном округе, 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 противотуберкулёзных препаратов, 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. Достоверность результатов работы обеспечивалась анализом репрезентативной выборки больных с использованием современных методов статистической обработки, адекватных поставленным цели и задачам исследования. Сформулированные выводы логически обоснованы.

Апробация работы. Основные положения диссертации докладывались и обсуждались на: 4-й ежегодной Научной конференции молодых ученых ФБГУ ННИИТ Минздрава РФ, 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, 2017); 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 ННИИТ Минздрава России и посвященной Дню Российской науки (Новосибирск, 2019).

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 используются в учебном процессе кафедры фтизиопульмонологии и кафедры туберкулёза ФПК и ППВ ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России и практической работе ГБУЗ НСО «ГКБ № 25» и ГБУЗ НСО «ГОНКТБ».

Публикации. По теме диссертации опубликовано 16 работ, в том числе 1 свидетельство о регистрации программы для ЭВМ и 3 статьи в научных журналах, включенных 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).

Объём 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. Сбор первичного материала, аналитическая и статистическая обработка результатов, представленных в диссертации, формулировка выводов принадлежит лично автору.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение исследования одобрено локально-этическим комитетом Новосибирского научно-исследовательского института туберкулеза.

На I (эпидемиологическом) этапе для решения 1-й задачи проведен анализ данных отчетов формы № 33 для определения доли ВВ больных ТБ/ВИЧ в период с 2010 по 2018 год по регионам СФО с целью изучения эпидемиологической обстановки на примере районов НСО и г. Новосибирска. На II (амбулаторном) этапе с целью решения 2-й задачи для определения приверженности больных к обследованию проведен анализ данных 639 карт № 263/у-ТБ персонального учета ВВ больных ТБ/ВИЧ по НСО и г. Новосибирску за 2014 и 2018 годы, сформировано 4 группы: I – данные 188 карт больных из НСО за 2014 г., II – данные 148 карт из г. Новосибирска за 2014 г., III – данные 168 карт из НСО за 2018 г. и IV – данные 135 карт из г. Новосибирска за 2018 г. Тип исследования ретроспективный, когортный. На III (клиническом) этапе для решения 3-й и 4-й задач проведено изучение приверженности больных МЛУ ТБ/ВИЧ к лечению в условиях стационара: IA группа – 133 пациента и ИБ – 61 пациент с МЛУ ТБ без ВИЧ, – с учетом их медико-социальных характеристик (на основании медицинской документации) и психоэмоциональных особенностей (опросники, анкеты). Использовались взаимодополняющие опросники: 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 (КЖ) пациента. Выявленные по анкете ЛОБИ 13 типов личностного отношения к болезни объединены в три блока в соответствии с психической и социальной адаптацией пациентов: I блок – без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации; II – с интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь; III блок – пациенты с интерпсихической направленностью личности, а также, не входящий в блоки, «Смешанный» тип и лица без диагностированного типа реагирования (при ложных ответах пациентов). Применение HADS позволило установить наличие и степень выраженности тревоги и

депрессии у больных. Анкета SF-36 была использована для самооценки пациентами КЖ с определением «Физического компонента здоровья» и «Психического компонента здоровья» по определению к условной норме. Анкеты были использованы как скрининговые. Тип исследования – когортный, проспективный.

В результате решения задач была разработана тактика индивидуального подхода к повышению приверженности больных к лечению на основе раннего определения психоэмоционального статуса. Критерии включения: больные с ВВ МЛУ ТБ/ВИЧ; больные с ВВ МЛУ/ТБ без ВИЧ инфекции; пациенты, подписавшие информированное согласие на участие в анкетировании; пол – оба пола; возраст – от 18 до 60 лет; жители г. Новосибирска и НСО. Критерии исключения: возраст – младше 18 и старше 60 лет; отказ от участия в анкетировании.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office 2019 для работы с электронными таблицами и IBM SPSS Statistics v.27. Для проведения анализа данных использовали описательную статистику. Характер распределения количественных данных оценивался с помощью критерия Колмогорова-Смирнова, а также показателей асимметрии и эксцесса. Достоверность различий в двух независимых группах количественных данных проверяли при помощи U-критерия Манна – Уитни. Для сравнения парных количественных признаков (при повторных измерениях) использовался ранговый критерий W-критерий Уилкоксона. Для сравнения качественных признаков использовался критерий χ^2 Пирсона. При наличии сравниваемых данных значений ожидаемых частот менее 10, но более 5, рассчитывался критерий χ^2 с поправкой Йейтса. Сравнение средних показателей 2 связанных выборок проводилось с использованием парного t-критерия Стьюдента. Для сравнения качественных признаков для малых выборок использовался точный критерий Фишера. Оценка связи между порядковыми и количественными признаками, распределение которых отличалось от нормального, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении доли больных ТБ/ВИЧ в СФО установлено, что, начиная с 2010 г., наблюдалось ее увеличение с 7,5 % до 32,5 % в 2018 г. Данные по субъектам СФО представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Анализ доли больных (%) ТБ/ВИЧ-инфекцией с впервые в жизни установленным диагнозом по субъектам СФО в разные годы с 2010 по 2018 год

Годы	Субъекты СФО						
	Омская обл.	Томская обл.	Алтай-ский край	Красно-ярск. край	Новосибир-ск. обл.	Иркут-ская обл.	Кемеров-ская обл.
2010	2,8	1,8	—	—	3,3	17,0	10,1
2011	4,7	2,8	10,6	9,3	6,0	19,7	13,5
2012	7,1	2,4	16,1	11,7	8,4	23,5	16,8

Продолжение таблицы 1

Годы	Субъекты СФО						
	Омская обл.	Томская обл.	Алтай-ский край	Красно-ярск. край	Новосибир-ск. обл.	Иркут-ская обл.	Кемеров-ская обл.
2013	7,2	9,0	18,1	13,3	13,8	21,8	21,8
2014	13,5	15,7	23,3	17,1	21,0	23,6	28,6
2015	18,9	20,9	26,0	17,4	24,2	32,2	33,4
2016	21,1	19,8	23,5	23,2	28,0	33,4	35,8
2017	22,0	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 таблицы 1 свидетельствуют об ежегодном росте доли больных с сочетанной инфекцией во всех административных единицах СФО.

Данные таблицы 2 свидетельствуют о росте заболеваемости и ее нестабильно высоком уровне в районах, прилежащих к областному центру. По отдаленным районам НСО (Северном, Усть-Тарском) данные о выявленных случаях ТБ/ВИЧ отсутствовали. Заболеваемость в таких районах, как Кыштовский, Венгеровский не превышала 14,0. В условно-отдаленных районах (Ордынском, Сузунском) отмечен рост заболеваемости ТБ/ВИЧ, показатели по годам были не однозначны и не превышали 30,0 на 100 тыс. населения.

Таблица 2 – Заболеваемость ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в районах НСО, прилежащих к городу 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

Из таблицы 3 следует, что в районах с высоким уровнем заболеваемости отмечен и рост доли больных ТБ/ВИЧ с 2014 по 2018 год.

В городе Новосибирске на протяжении 4 лет отмечен рост заболеваемости ТБ/ВИЧ (таблица 4). Высокая заболеваемость выявлена в 4 районах г. Новосибирска, наиболее благополучными были Центральный и Советский.

Таблица 3 – Доля больных (%) с впервые выявленным ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в районах НСО, прилежащих к городу Новосибирску, с 2014 по 2018 год

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

Таблица 4 – Заболеваемость ТБ/ВИЧ среди взрослого населения в районах города Новосибирска с 2014 по 2018 год (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

В структуре общей заболеваемости ТБ отмечен рост доли больных с ВВ ТБ/ВИЧ (2014–2018 год): Ленинский 31,4–39,1, Дзержинский 27,3–38,6, Калининский 19,1–35,8. В районах с невысокой заболеваемостью также отмечен рост доли больных в Советском – 27,9–34,7, Железнодорожный – 26,8–35,9, однако в Центральном районе отмечена тенденция к незначительному уменьшению – 20,9–17,7.

Ежегодное увеличение эпидемиологического неблагополучия по заболеваемости и доли больных с ВВ ТБ/ВИЧ в районах НСО и Новосибирске

послужило предпосылкой для изучения медико-социальных особенностей этой категории пациентов.

На II (амбулаторном) этапе по изучению приверженности к обследованию, выявлена наиболее низкая мотивация у мужчин молодого возраста ($M_e = 36,8$ лет): в I группе – 78,2 %, во II – 83,1 %, в III – 75,6 %, в IV – 72,6 %. Определены особенности социального статуса: отсутствие трудоустройства в I группе – 85,6 %, во II – 86,5 %, в III – 89,2 %, в IV – 80 % ($p < 0,05$, χ^2); у городских жителей (II группа) пребывание в МЛС в анамнезе отмечалось чаще – 57,4 % в сравнении с жителями НСО – I группа – 43,1 % ($p = 0,01$, χ^2) и III группа – 42,2 % ($p = 0,009$, χ^2); алко- 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 обнаружено: наличие контакта с больными ТБ в МЛС, чаще у проживающих в городе в 2014 году, по сравнению с жителями НСО – 91,4 % и 75,7 % (II–I, $p = 0,01$, χ^2), также и в 2018 г. – 88,1 % и 65,1 % (IV–III, $p = 0,001$, χ^2). В 2014 г. семейный контакт чаще выявляли у больных I группы – 31,1 %, чем во II – 4,3 % (I–II, $p = 0,04$, χ^2). Выявление туберкулеза легких при обращении с жалобами в ПМСП у жителей города отмечено чаще, чем при 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). Позднее выявление распространенных форм туберкулеза: инфильтративного и диссеминированного регистрировалось независимо от места проживания одинаково часто. Бактериовыделение методом ЛМ обнаруживалось 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 во всех группах была обнаружена у большинства одинаково часто: 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, не зависимо от места проживания пациентов: в I группе – 69,7 %, во II – 75 %, в сравнении с данными в 2018 г.: в III – 23,2 % (I–III, $p < 0,001$, χ^2) и IV – 22,9 % (II–IV $p < 0,001$, χ^2). Тогда как в 2018 г. у большинства пациентов путь передачи не был установлен: в III группе – у 42,9 %, в IV – 46,7 %, в сравнении с 2014 г.: в I – 4,8 %, во II – 5,4 % (II–I $p < 0,001$; IV–II, $p < 0,001$, χ^2). Половой путь чаще был отмечен у больных IV группы (2018 г.) – 30,4 %, во II (2014 г.) – 9,6 % (IV–II, $p = 0,03$, χ^2), у пациентов, проживающих в НСО, определялся одинаково часто, в I группе – 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 из НСО – I группы – 62,5 %, II – 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] месяца в I группе до 42 [3...142] месяцев в III группе и с 10,5 [1...120] месяца во II группе до 52 [1...140] в IV ($p < 0,001$, U).

Таблица 5 – Характеристика ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом на амбулаторном этапе – стадии заболевания, лабораторные характеристики, приём АРВТ

Характеристика	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
	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 $p < 0,001$
	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	Из 85		Из 66		Из 133		Из 108		*III–I $p = 0,001$ *IV–I $p = 0,0007$
АРВТ	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		

Независимо от места проживания у больных чаще диагностировалась IVБ стадия ВИЧ, с выраженным иммунодефицитом СД4 – от 240 до 300 кл/мкл. После назначения АРВТ сроки обращения пациентов в инфекционную службу увеличились независимо от места жительства из-за недисциплинированности больных, и лечение АРВП было прервано самовольно. Больные I группы на повторный приём обращались через 5,5 месяцев, II – через 5,2 месяцев, III – через 10,4, IV – через 14,4 месяцев, что значительно превышало назначенный инфекционистом срок

обследования – от до 1 до 3 месяцев. Значительное превышение сроков повторного обследования свидетельствует о необходимости повсеместного, активного, совместного наблюдения и контроля за пациентами с ТБ/ВИЧ не только фтизиатрической, но и инфекционной службы.

Позднее выявление как ТБ, так и ВИЧ-инфекции, обусловленное особенностями неблагополучного социального статуса пациентов, независимо от места проживания и времени наблюдения (2014 и 2018 годы), 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 МЛУ ТБ/ВИЧ на III (стационарном) этапе.

На III этапе проведено когортное, проспективное исследование. Выявлены неблагоприятные социальные особенности больных МЛУ ТБ/ВИЧ (IA) в сравнении с МЛУ ТБ (ИБ) без ВИЧ, снижающие приверженность к лечению в условиях стационара. У пациентов IA группы образовательный уровень был ниже, чем ИБ – 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 зависимость – 77,4 % и 3,2 % ($p < 0,001$, χ^2), табачная зависимость – 92,5 % и 41 % ($p < 0,001$, χ^2). Таким образом, пациенты без ВИЧ-инфекции были более благополучны.

При изучении анамнестических, клинических данных пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ и МЛУ ТБ было выявлено следующее: контакт с источником туберкулезной инфекции чаще был у больных IA группы, чем во ИБ – 72,9 % и 44,3 % ($p = 0,0002$, χ^2); наиболее частый вид контакта в МЛС – 84,5 % и 22,2 % ($p < 0,001$, χ^2), в то время как семейный чаще был зафиксирован у пациентов с МЛУ ТБ – в 77,8 %, с МЛУ ТБ/ВИЧ – 15,5 % ($p < 0,001$, χ^2); выявление ТБ при обращении с жалобами в ПСМП чаще было отмечено у пациентов IA группы – в 72,7 % случаев, тогда как во ИБ – в 44,3 % ($p = 0,0003$, χ^2). Одинаково часто диагностировались распространенные формы туберкулеза ($p = 0,5$, χ^2). Сопутствующие заболевания, без клинических проявлений встречались одинаково часто ($p = 1,0$), однако в IA группе наиболее частым был ХВГС минимальной степени активности с неизвестной давностью заражения, чем во ИБ – в 82,7 % случаев и в 11,5 % ($p < 0,001$, χ^2). При бактериологическом исследовании методом ЛМ микобактерии туберкулёза выявлены у 83 (62,4 %) пациентов IA группы и у 34 (55,7 %) – ИБ ($p = 0,4$, χ^2). У всех пациентов IA группы была диагностирована ВИЧ-инфекция на догоспитальном этапе, чаще IVB стадия – 88,7 %, IVB – 11,3 %, при средних значениях CD4 – 275 кл/мл $\pm$ 170,2 кл/мл, вирусной нагрузки $1,6 \times 10^5$, на этом фоне оппортунистические заболевания выявлены у 33,8 %, в основном кандидозы – 77,8 %. Противотуберкулёзные препараты были назначены в соответствии с результатами ЛУ по IV режиму ХТ.

Неудовлетворительная переносимость ПТП отмечалась одинаково часто как у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ – 39,8 %, так и у пациентов с МЛУ ТБ 50,8 % ($p = 0,1$, χ^2). Побочные реакции у больных IА группы – чаще были кожно-аллергические реакции у 43,4 %, чем у IIБ – 17,9 % ($p = 0,01$, χ^2), в то время как гиперурикемия без суставного синдрома чаще отмечена у пациентов IIБ группы – 42,9 %, чем у IА – 15,1 % ($p = 0,02$, χ^2). На фоне достаточно хорошей переносимости ПТП была отмечена низкая приверженность к лечению, соблюдению больничного режима: употребление алкоголя, психоактивных веществ, самовольного отлучения из стационара, в IА группе у 94 (70,7 %), во IIБ у 5 (8,2 %) ($p < 0,001$, χ^2). Средние сроки пребывания в стационаре больных IА группы составили $Me = 3$ месяца [18...240 дней], IIБ группы – $Me = 5,9$ месяца [22...410 дней], ($p = 0,018$, U). За 3 месяца наблюдения, негативация мазка мокроты ЛМ произошла у больных IА группы в 51,8 % случаев, во IIБ – 76,5 %, (ОШ = 3,02; 95 % ДИ 1,93–7,45, $p = 0,02$, χ^2). Прекращение бактериовыделения методом посева на ППС в IА группе отмечено в 41,9 %, во IIБ – 64,3 %; (ОШ = 2,5 95 % ДИ 1,2–5,2, $p < 0,018$, χ^2). Закрытие полостей распада в IА – 10,3 %, во II – 38,3 %; (ОШ = 5,4 95 % ДИ 2,24–13,02, $p = 0,0002$, χ^2). Таким образом, у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ, в отличие от МЛУ ТБ, выявлены медико-социальные особенности, влияющие на приверженность и эффективность лечения.

Неблагополучный медико-социальный статус пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ делает необходимым изучение индивидуальных психоэмоциональных особенностей и качества жизни больных, определение критериев приверженности к лечению с применением анкетирования. При проведении анализа полученных результатов по анкете ЛОБИ разницы между распределением типов отношения к болезни между группами не обнаружено, однако у большинства обследованных IА группы – 51,9 % и IIБ – 45,9 % диагностический тип реагирования на болезнь не определялся, при анкетировании этих больных невозможно было определить их личностное отношение к болезни, окружению, они осознанно ложно отвечали на вопросы анкеты. У остальных пациентов диагностировано нарушение социальной и психоэмоциональной дезадаптации с интрапсихической (II блок) (9 % – IА группы и 3,3 % – IIБ) и интерпсихической (III блок) направленностью (9,8 % и 14,7 % соответственно), которая свидетельствовала о глубоких эмоциональных переживаниях, усугубляющих процесс адаптации. В то же время в I блоке с незначительно выраженной социальной дезадаптацией часто диагностировался «Эйфорический тип» (83,3 % в IА группе и 50 % во IIБ), менее благополучный в психоэмоциональном и адаптационном отношении, характеризующийся необоснованно повышенным настроением, с пренебрежительным отношением к лечению.

Проведение контрольного анкетирования в динамике через 3 месяца пациентов IА и IIБ групп позволило выявить изменение типов личностного реагирования. В IА группе – у 55 (41,4 %) пациентов из 133 на первоначальном этапе, во IIБ – у

54 (88,5 %) из 61. В первый блок вошли 16,4 % пациентов из IA группы и 13 % из IIБ группы. Во второй блок – 10,9 % из IA группы и 9,2 % – IIБ группы. В третий блок вошли 5,4 % (IA группа) и 13 % (IIБ группа). «Без типа отношения к болезни» – 56,4 % из IA группы и 55,6 % из IIБ. «Смешанный» – 9,1 % в IA группе и 9,2 % во IIБ. Через 3 месяца лечения была выявлена нестабильность типов реагирования на болезнь, их изменение, при этом психоэмоциональное состояние пациентов IA группы было более лабильно, чем IIБ. Так из продолживших лечение пациентов IA группы у 70,9 % изменился тип отношения к болезни, у 29,1 % – остался прежним, во IIБ эти цифры составили 12,9 % и 87,1 % соответственно ($p < 0,001$, χ^2). Чаще в IA группе досрочно покидали стационар больные без диагностированного типа отношения к болезни, чем во IIБ: 71 % и 7,14 % ($p < 0,001$, χ^2). При сравнении типов личности реагирования на болезнь между группами в IA чаще чем во IIБ из стационара уходили пациенты со «смешанным» типом (47,6 % и 25 %, $p < 0,003$, χ^2).

Таким образом, в динамике у пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ выявлены критерии низкой приверженности к лечению: нестабильность типов личностного реагирования на болезнь, их изменение, а также частое самовольное прекращение лечения среди больных без определенного диагностического типа реагирования, – что свидетельствует о необходимости наблюдения не только фтизиатром такого рода пациентов, но и медицинским психологом.

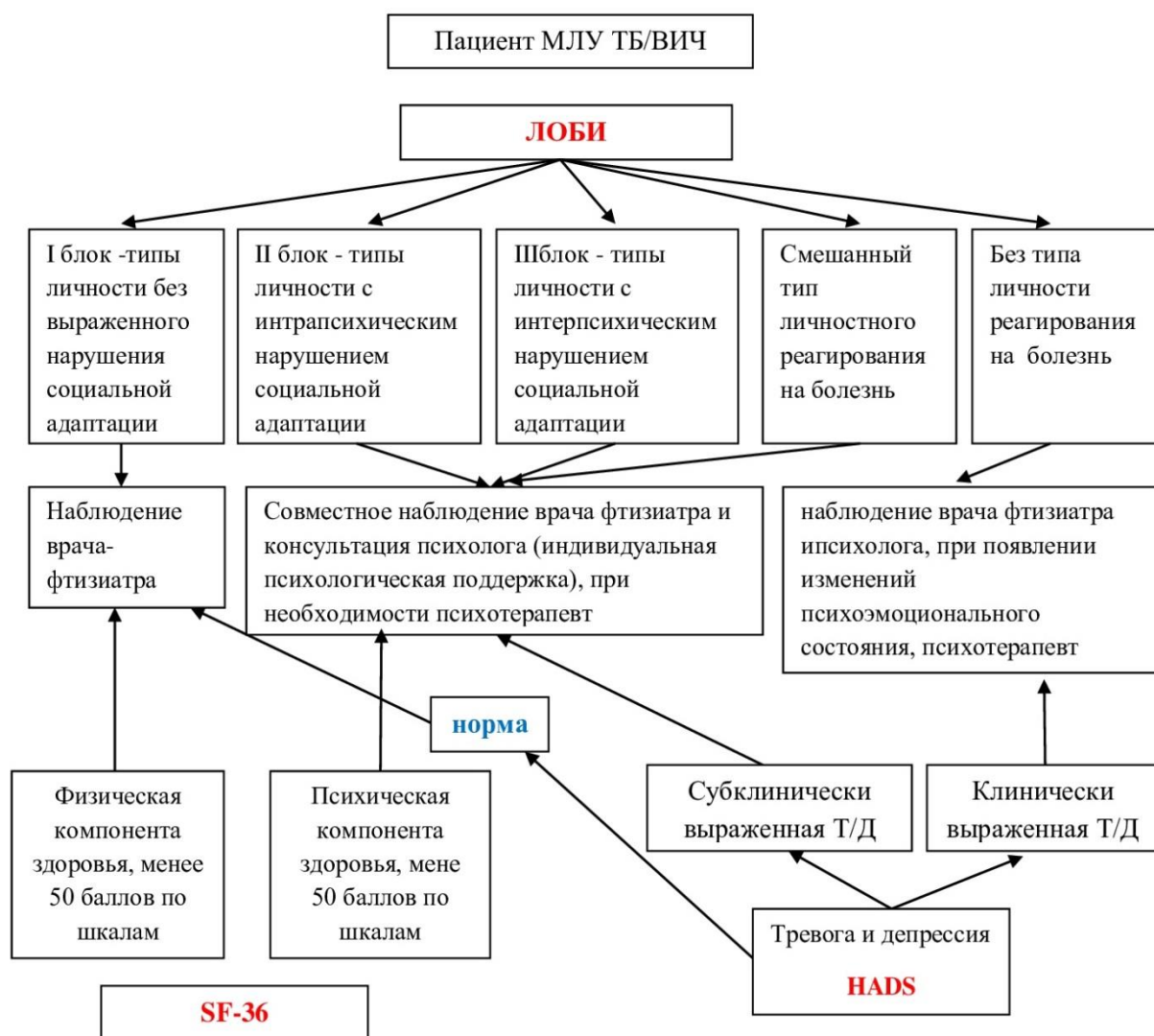
Анализ результатов работы со шкалами анкеты HADS при поступлении в стационар показал, что уровень тревоги у пациентов IA и IIБ группы не различался, однако через 3 месяца от начала лечения у больных IA группы уровень тревоги достоверно усилился ($p = 0,002$, ТТФ), чем во IIБ. Уровень депрессии у пациентов IA группы был выше, чем во IIБ группе, как при поступлении ($p = 0,021$, ТТФ), так и через 3 месяца лечения ($p < 0,001$, ТТФ). При поступлении «клинически выраженная тревога» определялась у 36,4 % больных IA группы и 10,5 % IIБ ($p = 0,05$, ТТФ), «клинически выраженная депрессия» – 48,8 % и 23,1 % ($p = 0,023$, ТТФ). Через 3 месяца лечения в стационаре произошли изменения: состояние тревоги чаще отмечалось у пациентов IA группы – 43,6 %, чем IIБ – 13 % ($p = 0,0005$, ТТФ), депрессии – у 38,2 % и 14,8 % больных ($p = 0,004$, ТТФ). Было отмечено, 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) выше у пациентов IA группы, чем IIБ. Таким образом, у больных IA группы уровень тревоги и депрессии выше, чем у пациентов IIБ группы, как при поступлении, так и через 3 месяца лечения в стационаре с высоким уровнем «клинически выраженных» проявлений двух этих состояний, что требует постоянного внимания фтизиатра, медицинского психолога, психотерапевта.

Для определения КЖ проведен анализ результатов работы с анкетой SF-36 пациентов IA и IIБ групп. При анализе физического компонента здоровья

(ограничение выполнения своих повседневных обязанностей, связанных с физическим состоянием здоровья) IA и IB групп были установлены существенные различия, свидетельствующие о более низком уровне КЖ больных IA группы, чем IB, по шкалам: «Физическое функционирование» в 55 баллов с интерквартильным размахом (Q_1-Q_3), [35–90] и 75 с квантилем [50–90], ($p = 0,026$) и Общего состояния здоровья с баллом 47 и интерквартильным размахом [35–55], во IB – 69 [51–84] ($p = 0,004$). Снижение КЖ у больных IA группы 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 необходимости приема ПТП, соблюдения режима в стационаре, и «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 IB группы оказались достоверно выше, чем у пациентов IA ($p = 0,006$ и $p = 0,007$ соответственно).

При оценке результатов анкетирования, проведенного через 3 месяца, данные свидетельствовали о достоверном снижении КЖ по всем четырем шкалам «Физической компоненты здоровья» в IA группе, чем IB: «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 КЖ 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 44,6 [36,6–46,9] ниже, чем во IB 47,8 [42,5–52], ($p < 0,001$). Таким образом, полученные данные показывают большее снижение КЖ пациентов IA группы, чем IB. В динамике КЖ пациентов с МЛУ ТБ/ВИЧ ухудшается по четырем шкалам «Физического компонента здоровья» и по трем «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 индивидуальной программы действия врачей при выявлении разных психотипов, которая позволяет своевременно выявлять и контролировать изменения психоэмоционального состояния пациентов в динамике и обосновывает в 70,7 % случаев целесообразность совместного наблюдения пациентов фтизиатром и медицинским психологом или психотерапевтом (Рисунок 1).



Примечание: Т/Д – тревога/депрессия

Рисунок 1 – Алгоритм индивидуальной программы действия врачей при выявлении разных психотипов у больных с МЛУ ТБ/ВИЧ

ВЫВОДЫ

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

2. Увеличение сроков дообследования в инфекционной службе у проживающих в Новосибирской области с 6,8 месяцев в 2014 г. до 42,0 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, что обусловлено неблагоприятными социальными факторами: пребывание в местах лишения свободы (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 с МЛУ ТБ/ВИЧ регистрировалась чаще, чем больных МЛУ ТБ: негативация мазка мокроты люминесцентная микроскопия (ОШ = 3,02; 95 % ДИ 1,93–7,45, $p = 0,02$, χ^2); прекращение бактериовыделения методом посева на плотные питательные среды (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), – что обусловлено низкой приверженностью к приему противотуберкулёзных препаратов и нарушению больничного режима 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 по опроснику ЛОБИ, менее 50 баллов по шкалам психического и физического здоровья анкеты 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 и инфекционной служб с целью своевременной диагностики как туберкулеза, так и ВИЧ-инфекции необходимо особое внимание уделять пациентам социальных групп риска, неблагополучных по ТБ/ВИЧ, независимо от их места проживания (город, сельская местность): лицам молодого возраста с наркотической, алкогольной зависимостью, прибывшим из МЛС, безработным, не имеющим дохода или с низкими доходами, низким уровнем образования и длительно не обращавшимся за медицинской помощью.

2. Рекомендуется врачам ПМСП, фтизиатрам и 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 опросников 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 по опроснику ЛОБИ, менее 50 баллов по шкалам психического и физического здоровья анкеты SF-36 является 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 лечения 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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Колпакова, Т. А. Особенности гепатотоксических реакций у больных туберкулезом легких с сопутствующим активным хроническим вирусным гепатитом или персистирующим вирусным гепатитом / Т. А. Колпакова, **Е. Ю. Пушкарева** // **Туберкулез и болезни легких**. – 2015. – № 5 –С. 87–88.

2. Колпаков, Т. А. Медико-социальные факторы неблагополучия больных с сочетанной инфекцией туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Новосибирской области и г. Новосибирске / Т. А. Колпакова, **Е. Ю. Пушкарева** // **Туберкулез и болезни легких**. – 2017. – № 12. – С. 35–38.

3. **Pushkareva, E.** Analysis of medical and social factors of TB/HIV in the Siberian Federal District, the city of Novosibirsk and the region / **E. Pushkareva**, T. Kolpakova //

4. **Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ № 2020621136.** Медико-социальные и психологические данные больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами (г. Новосибирск): № 2020620966; заявл. 16.06.2020; зарегистр. 03.07.2020; опублик. 03.07.2020 / Е. Ю. Пушкарёва, Т. А. Колпакова; правообладатели: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и федеральное государственное бюджетное учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Министерства здравоохранения Российской Федерации // **Бюллетень «Программы для ЭВМ, базы данных и топологии интегральных микросхем».** – 2020. – № 7. – 2 с.

5. **Пушкарёва, Е. Ю.** Медико-социальные аспекты качества жизни впервые выявленных и пациентов с хроническим течением туберкулезного процесса / **Е. Ю. Пушкарёва, Т. А. Колпакова** // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2013 – Т. 8, № 3. – Приложение. – С. 169–170.

6. **Пушкарёва, Е. Ю.** Риск развития гепатотоксических реакций у больных туберкулезом в сочетании с сопутствующими активными хроническими вирусными и персистирующими гепатитами / **Е. Ю. Пушкарёва, Т. А. Колпакова** // Совершенствование организационных противотуберкулезных мероприятий в условиях Крайнего Севера и Дальнего Востока : материалы межрегиональной научно-практической конференции, 12–14 февраля. – Якутск, 2013. – С. 210.

7. **Пушкарёва, Е. Ю.** Активный хронический вирусный гепатит у больных туберкулезом легких как фактор риска развития гепатотоксических реакций / **Е. Ю. Пушкарёва, Т. А. Колпакова** // Актуальные вопросы оказания медицинской помощи больным туберкулезом в современных условиях : материалы научно-практической конференции. – Омск, 2013. – С. 137–138.

8. **Пушкарёва, Е. Ю.** Особенности качества жизни больных туберкулезом легких с разными сроками заболевания / **Е. Ю. Пушкарёва, Т. А. Колпакова** // 5-й съезд фтизиатров и пульмонологов Украины : материалы съезда. – Киев, 2013. – С. 206.

9. **Пушкарёва, Е. Ю.** Медико-социальные характеристики качества жизни больных туберкулезом легких на стационарном этапе / **Е. Ю. Пушкарёва, Т. А. Колпакова** // 23-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания : сборник трудов, 22–25 ноября. – Казань, 2013. – С. 313–314.

10. **Пушкарёва, Е. Ю.** Заболевание туберкулезом легких в очагах туберкулезной инфекции / **Е. Ю. Пушкарёва, Т. А. Колпакова** // 2-й конгресс Национальной ассоциации фтизиатров : сборник тезисов конгресса 28–30 ноября. – Санкт-Петербург, 2013. – С. 51–52

11. **Пушкарёва, Е. Ю.** Медико-социальные детерминанты качества жизни больных туберкулезом легких на стационарном этапе лечения / **Е. Ю. Пушкарёва, Т. А. Колпакова** // Новые приоритеты в противотуберкулезной работе в циркумполярных регионах Арктики : материалы симпозиума с Международным участием. – Якутск, 2015. – С. 169–185.

12. **Пушкарёва, Е. Ю.** Приверженность к лечению и ее последствия у больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью и ВИЧ-инфекцией / **Е. Ю. Пушкарёва, Т. А. Колпакова** // 8-й съезд фтизиатров и пульмонологов Узбекистана : материалы съезда. –

Ташкент, 2015. – С. 156.

13. Медикаментозная нагрузка у больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и сопутствующими заболеваниями в условиях стационара / Т. А. Колпакова, Е. И. Дементьева, А. А. Баранчукова, **Е. Ю. Пушкарева** // 5-й конгресс национальной ассоциации фтизиатров : материалы конгресса, 17–19 ноября. – СПб., 2016. – С. 101–103.

14. **Пушкарева, Е. Ю.** Медико-социальные характеристики и приверженность к лечению больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, сочетанным с ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами в условиях стационара / **Е. Ю. Пушкарева**, Т. А. Колпакова // 6-й конгресс Национальной ассоциации фтизиатров с международным участием, 23–25 ноября. – СПб., 2017. – С. 196–197.

15. **Пушкарева, Е. Ю.** Эпидемиологическая гетерогенность и медико-социальные факторы сочетанной инфекции ВИЧ-ТБ в Новосибирской области и г. Новосибирске / **Е. Ю. Пушкарева**, Т. А. Колпакова // Актуальные вопросы фтизиатрии : материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 75-летию юбилею Кемеровского областного клинического фтизиопульмонологического медицинского центра. – Кемерово, 2018. – С. 74–75.

16. Колпакова, Т. А. Эпидемиологическая характеристика в Сибирском федеральном округе и медико-социальные предикторы неблагоприятного сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ в Новосибирской области и Новосибирске / Т. А. Колпакова, **Е. Ю. Пушкарева** // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции : материалы международно-практической конференции 10–11 июня. – Санкт-Петербург, 2019. – С. 283–285.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВП	– антиретровирусные препараты
АРВТ	– антиретровирусная терапия
ВВ	– впервые выявленные
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ДИ	– доверительный интервал
КЖ	– качество жизни
ЛМ	– люминесцентная микроскопия
ЛУ	– лекарственная устойчивость
ЛУ ТБ	– лекарственно устойчивый туберкулез
МБТ	– микобактерии туберкулёза
МЛУ	– множественная лекарственная устойчивость
МЛУ ТБ	– туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
МЛС	– места лишения свободы
НСО	– Новосибирская область
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь
ППС	– плотные питательные среды
ПТД	– противотуберкулёзный диспансер
ПТП	– противотуберкулёзные препараты
СФО	– Сибирский федеральный округ
ТБ	– туберкулёз
ХВГС	– хронический вирусный гепатит С