doi: 10.17116/terarkh2015871146-50

© Коллектив авторов, 2015

Оценка факторов, влияющих на исход впервые выявленного инфильтративного туберкулеза легких

А.В. МОРДЫК[1], Л.В. ПУЗЫРЕВА[1], Т.Л. БАТИЩЕВА[1, 2]

[1]ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России, Омск, Россия; [2]КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер», Омск, Россия

Assessment of factors influencing the outcome of new-onset infiltrative pulmonary tuberculosis

A.V. MORDYK[1], L.V. PUZYREVA[1], T.L. BATISHCHEVA[1, 2]

[1]Omsk State Medical Academy, Ministry of Health of Russia, Omsk, Russia; [2]Clinical Tuberculosis Dispensary, Omsk, Russia

Резюме

Цель исследования. Выявление прогностических факторов неблагоприятного исхода инфильтративного туберкулеза легких (ИТБЛ).

Материалы и методы. Оценены социальные, эпидемиологические, медицинские факторы риска развития и клинические особенности ИТБЛ у 130 впервые выявленных больных. Полученные данные классифицированы с использованием кластерного анализа, а затем дисперсионного анализа с последующим ранжированием его результатов.

Результаты. Сильное влияние на развитие неблагоприятного исхода туберкулеза (ТБ) у впервые выявленных пациентов оказывали первоначально диагностированный распространенный деструктивный процесс с дыхательной, легочно-сердечной недостаточностью, наличие бактериовыделения с устойчивостью возбудителя заболевания к лекарственным препаратам. Исход ТБ зависел также от комплекса социальных факторов, включавшего низкий материально-бытовой уровень, пребывание в исправительно-трудовых учреждениях, отсутствие образования. Неблагоприятному исходу ТБ достоверно способствовали организационные факторы: вредные привычки, отказ от прохождения флюорографии в течение нескольких лет; наличие сопутствующих заболеваний.

Заключение. На основе выделенных факторов сформулированы рекомендации по работе с впервые выявленными больными ИТБЛ, угрожаемыми по неблагоприятному исходу заболевания.

Ключевые слова: инфильтративный туберкулез легких, впервые выявленные больные, факторы риска, исходы туберкулеза, предикторы неблагоприятного исхода.

Aim. To identify predictors for the poor outcome of infiltrative pulmonary tuberculosis (IPTB).

Subjects and methods. The social, epidemiological, and medical risk factors and clinical features of IPTB were assessed in 130 first detected patients. The findings were classified using a cluster analysis and then a variance analysis, followed by the ranking of its results.

Results. The primarily diagnosed disseminated destructive process with respiratory and cardiopulmonary failure, excretion of both resistant and multi-resistant pathogenic bacteria had a strong impact on the poor outcome of tuberculosis (TB) in the first detected patients. Its outcome was also influenced by a set of social factors, such as poor material living conditions, stay in corrective labor facilities, and a lack of education. The unfavorable outcome of TB was significantly due to organizational factors, such as bad habits; refusal to undergo fluorography during a few years; and a medical factor as comorbidities.

Conclusion. Based on the identified factors, the authors formulated recommendations for working with the first detected IPTB patients at risk for a poor disease outcome.

Keywords: infiltrative pulmonary tuberculosis; first detected patients; risk factors; outcomes of tuberculosis; predictors for poor outcome.

ИТБЛ — инфильтративный туберкулез легких
МБТ — микобактерии туберкулеза
ТБ — туберкулез
ЧДД — частота дыхательных движений
ЧСС — частота сердечных сокращений

Ведущее место в структуре туберкулеза (ТБ) органов дыхания среди впервые выявленных больных занимает инфильтративный туберкулез легких (ИТБЛ) [1—3], при котором возникает высокий риск исхода в деструктивные формы заболевания и угроза перехода туберкулезного процесса в хроническую форму [4]. Эффективность комплексного лечения больных с данной формой ТБ зависит от чувствительности микобактерий туберкулеза (МБТ) к средствам этиотропной терапии [5, 6], особенностей иммунологической реактивности больных [7], их социального положения [8], эмоционального статуса [9] и готовности к точному соблюдению врачебных рекомендаций [10—12]. Данное обстоятельство иллюстрирует необходимость целенаправленного поиска объективных предикторов [5], оценка которых на момент выявления ИТБЛ позволит прогнозировать неэффективность лечения данного заболевания.

Цель работы — выявление прогностических факторов неблагоприятного исхода ИТБЛ у впервые выявленных больных среди социальных, эпидемиологических, медицинских и клинических факторов для повышения эффективности лечения пациентов данной категории.

Материалы и методы

Проведено простое проспективное сплошное исследование, в которое включили 130 впервые выявленных больных ИТБЛ, завершивших основной курс лечения в стационаре в 2013 г. Крите-

рии включения: впервые в жизни установленный и подтвержденный диагноз ИТБЛ в соответствии с приказом Минздрава РФ №109 от 21.03.03. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» [13]; возраст 18 лет и старше; лечение в стационаре. Критерии исключения: внелегочные формы ТБ у пациента; наличие злокачественных новообразований, болезней крови; получение иммуносупрессивной, лучевой и химиотерапии, цитостатитков, иммунодепрессантов. Всех пациентов разделили на 2 группы: 1-я (основная) — 80 пациентов с неблагоприятным исходом ТБ, 2-я (группа сравнения) — 50 пациентов с благоприятным исходом ИТБЛ. Критерием неблагоприятного исхода служило наличие (сохранение) полости распада в легочной ткани на последнем рентгенологическом снимке, что оценивалось как неэффективность лечения.

Выполненная работа не ущемляла права, не подвергала опасности обследованных пациентов и осуществлялась с их информированного предварительного согласия на использование медицинской документации в научно-исследовательской работе, на основании приказа Минздрава РФ №266 от 19.06.03. Работа одобрена локальным этическим комитетом ОмГМА.

Полученные данные обработаны с помощью программного средства Microsoft Excel (функция Автофильтр). Для проверки статистических гипотез при сравнении числовых данных в независимых группах использовали критерий χ^2 Пирсона. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным χ^2= 4,8, число степеней свободы df=1, p<0,05. Проводили кластерный анализ в модуле пакета программ Statistica 6.0. В качестве метода группировки выбран К-усредненный, данные предварительно стандартизованы. Для оценки силы и достоверности влияния факторов использован ранговый дисперсионный метод (критерий *F* Фишера), с последующим ранжированием полученных результатов. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным <0,05.

Результаты и обсуждение

Сравнение по полу и возрасту в группах, разделенных в зависимости от исхода основного заболевания, выявило следующее. В основной группе доля мужчин составила 65%, с наибольшим числом лиц молодого возраста от 25 до 34 лет — 16,3% и от 35 до 44 — 15%, а доля женщин — 35%, из них 26,3% этой же возрастной категории. В группе сравнения было 54% мужчин с наибольшим числом больных в старшей возрастной категории от 55 до 78 лет — 26%. В контрольной группе было 46% женщин, при этом доля лиц от 45 до 64 лет составила 26%. Вместе с тем в группе неэффективного лечения ТБ 4 мужчин были моложе 24 лет, против отсутствия таковых в группе сравнения (p>0,05). Среди женщин в группе сравнения чаще встречались пациентки в возрасте от 55 до 64 лет — 14%, а в основной группе только 2,5% (χ^2=4,6; p=0,03). Таким образом, в обеих группах пациенты сопоставимы по полу.

При оценке уровня образования выявлено, что в группе с неблагоприятным исходом специфического процесса 57,5% лиц имели среднее специальное образование, в группе сравнения — 52% (χ^2=0,1; p=0,6). Среди больных ТБ с благоприятным исходом лиц с неполным высшим и высшим образованием было 4 и 10%, а в основной группе — 5 и 3,8% соответственно. В обеих группах встречались лица с неполным (23,8 и 22% соответственно; χ^2=0,000; p=0,9) и оконченным средним (10 и 12% соответственно; χ^2=0,005; p=0,9) школьным образованием, их доли в группах сравнения не различались.

При оценке социального положения и уровня трудоустройства среди пациентов, составивших сравниваемые группы, получены достоверные различия. Наибольшее число безработных пациентов трудоспособного возраста оказалось в группе с неэффективно леченым ТБ — 62,5%, а в группе сравнения — только 40% (χ^2=10,6; p=0,001). В группе сравнения наибольшее число больных работали на частном предприятии 42%, а в основной группе — только 25% (χ^2=3,4; p=0,07). Студенты чаще встречались в основной группе — 3 (3,8%) против отсутствия таковых в группе сравнения (p>0,05), пенсионеров было 6,3 и 16% (p>0,05) соответственно.

Выявлены достоверные различия по уровню материального положения пациентов в сравниваемых группах. В группе неэффективно леченных больше было лиц, оценивающих свое материальное положение как низкое и среднее, пациенты из этой группы не заявили о высоком уровне своего дохода. В группе эффективно леченных доля лиц с низким доходом составила 6% против 23,8% в основной группе; средний уровень дохода при этом отмечался несколько реже, чем в основной группе (56% против 76,3%), за счет большого количества лиц с высоким достатком — 38% (χ^2=11,5; p=0,003).

Вредные привычки чаще встречались у впервые выявленных больных ИТБЛ, курс химиотерапии которых оказался неэффективным (78,7% против 62% в группе сравнения; χ^2=3,5; p=0,06). Курение табака выявлено в обеих группах: в основной в 26,3%, в группе сравнения в 36% случаев (χ^2=0,9; p=0,3), сочетание курения с приемом алкоголя отметили 37,5 и 24% больных ТБ в группах сравнения (χ^2=1,9; p=0,1). Прием сильнодействующих препаратов — наркотических средств отмечен у двух больных в основной группе и у одного пациента в группе сравнения (χ^2=0,1; p=0,6), однако сочетание курения, приема алкогольных напитков и употребления наркотических средств гораздо чаще встречалось в группе неэффективно леченных больных — в 12,5% случаев, против отсутствия такого сочетания вредных привычек в группе сравнения (χ^2=5,1; p=0,02).

Среди пациентов с ИТБЛ в обеих группах присутствовали лица ранее судимые: в основной группе 22,5%, а в группе сравнения 16% больных. Однако в группе сравнения все случаи судимости были за корыстные преступления (χ^2=11,01; p=0,000), а в основной группе у 15% больных преступления совершены против личности (χ^2=6,07; p=0,007), у 7,5% против здоровья населения и общественной нравственности (хранение и распространение наркотических средств) (χ^2=2,4; p=0,1).

Последнее флюорографическое обследование до выявления заболевания в каждой группе большинство больных проходили менее года назад, однако среди эффективно леченных больных таковых оказалось достоверно больше — 70% против 43,8% (χ^2=7,5; p=0,006). Иногда

Сведения об авторах:

Пузырева Лариса Владимировна — к.м.н., асс. каф. фтизиатрии и фтизиохирургии ОмГМА; e-mail: puzirevalv@mail.ru

Батищева Татьяна Леонидовна — асп. каф. фтизиатрии и фтизиохирургии КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер», зам. гл. врача по медицинской части; e-mail: tbatishcheva@mail.ru

Контактная информация:

Мордык Анна Владимировна — д.м.н., зав. каф. фтизиатрии и фтизиохирургии ОмГМА; Омск 644050, ул. Химиков, 8А; тел. +7(381)240-4515; e-mail: amordik@mail.ru

больные пренебрегали ежегодным флюорографическим обследованием и не проходили его более 2 лет — 21,3 и 18% (χ^2=0,05; p=0,8), более 3 лет — 16,3 и 12% (χ^2=0,1; p=0,6) соответственно. Ряд пациентов среди неэффективно пролеченных не проходили флюорографическое обследование 4 года и более — 18,8% в отсутствие таковых в группе сравнения (χ^2=9,07; p=0,001).

Сопутствующие заболевания встречались в группе неэффективно леченных больных ИТБЛ в 95% случаев, а в группе эффективно леченных — в 72% (χ^2=11,7; p=0,000). У неэффективно леченных больных чаще, чем у эффективно леченных, имелись следующие заболевания: хроническая обструктивная болезнь легких в 17,5 и 6% случаев (χ^2=2,6; p=0,1), ВИЧ-инфекция в 15 и 2% (χ^2=4,4; p=0,03), алкоголизм в 10 и 4% (χ^2=0,8; p=0,3), гепатит В и/или С в 8,8 и 2% (χ^2=1,3; p=0,2) соответственно. Кроме того, выявлены артериальная гипертония у 7,5% больных в основной группе и 8% в группе сравнения (χ^2=0,03; p=0,8), заболевания желудочно-кишечного тракта — у 22,5 и 26% (χ^2=0,000; p=0,9), сахарный диабет 2-го типа — у 8,8 и 8% (χ^2=0,03; p=0,8), хронический бронхит — у 5 и 16% пациентов (χ^2=2,1; p=0,1) соответственно.

При оценке специфического процесса в легких у пациентов в группах сравнения получены следующие данные. Одностороннее поражение имелось в 65% случаев в основной группе и в 60% в группе сравнения, а двустороннее — в 35 и 40% соответственно (χ^2=0,1; p=0,6). В группе с неэффективно леченным ТБ чаще отмечалось поражение двух долей в различном сочетании — у 27,6%, против 8% больных в группе сравнения (χ^2=11,5; p=0,000), и поражение всего легкого — у 20% против 14% в группе сравнения (χ^2=0,4; p=0,5). Деструкция легочной ткани в основной группе имелась у всех пациентов, а в группе сравнения — только у 84% (χ^2=11,01; p=0,000). Бактериовыделение зарегистрировано в обеих группах: у 81,3% в основной и у 72% в группе сравнения (χ^2=1,03; p=0,3), устойчивость МБТ к лекарственным препаратам выявлена у 26,3 и 20% больных (χ^2=0,3; p=0,5), а штаммов МБТ, устойчивых ко многим лекарственным препаратам, — у 33,8 и у 26% (χ^2=0,5; p=0,4) соответственно.

Впервые выявленные больные ИТБЛ часто предъявляли жалобы на повышенную слабость и утомляемость, в основной группе 73,8% против 52% в группе сравнения (χ^2=5,5; p=0,01). Повышенная потливость беспокоила больных одинаково часто в обеих группах — в 38% случаев (χ^2=0,01; p=0,9). Жалобы на кашель чаще предъявляли неэффективно леченные больные — 82,5% против 52% в группе сравнения (χ^2=12,4; p=0,000). Во время кашля достоверно чаще у больных в основной группе выделялась мокрота — у 71,2% против 36% в группе сравнения (χ^2=14,2; p=0,000), мокрота слизистого характера — к 57,5%, в группе сравнения — у 20% (χ^2=16,1; p=0,000), в некоторых случаях слизисто-гнойного характера — у 13,8 и 16% соответственно (χ^2=0,01; p=0,9).

Жалобы на одышку при физической нагрузке гораздо чаще предъявляли пациенты с неблагоприятным исходом ИТБЛ — в 75% случаев против 36% в группе сравнения (χ^2=17,9; p=0,000). Гораздо реже встречались жалобы на одышку в покое — у 3,8 и 6% больных в группах соответственно (χ^2=0,02; p=0,8). Иногда при кашле у пациентов возникало кровохарканье в виде прожилок крови — у 5 и 4% (χ^2=0,02; p=0,8) соответственно, а в некоторых случаях в виде отдельных плевков только в группе неэффективно леченных больных — у 2,5% (χ^2=0,1; p=0,7). Частота дыхательных движений (ЧДД) в покое составляла от 20 до 23 в 1 мин в основной группе у 62,5% больных, в группе сравнения — у 62% (χ^2=0,01; p=0,9). Реже регистрировалась ЧДД от 16 до 19 в 1 мин, что соответствовало норме, в основной группе у 25% пациентов, а в группе сравнении у 34% (χ^2=0,8; p=0,3). ЧДД составляла от 24 до 27 в 1 мин у 12,5% пациентов в основной группы и у 4% группы сравнения (χ^2=1,7; p=0,1).

Артериальное давление у большинства пациентов находилось в пределах нормы (систолическое до 120 мм рт. ст., диастолическое до 90 мм рт.ст.), в основной группе — у 81,3%, а группе сравнения у 90% (χ^2=1,2; p=0,2). Частота сердечных сокращений (ЧСС) у больных с благоприятным исходом ИТБЛ была в пределах нормы, от 61 до 80 уд/мин, у 78%, а в основной группе — только у 42,5% (χ^2=14,3; p=0,000). В группе с неэффективно леченым ТБ тахикардия от 81 до 100 уд/мин отмечена у 56,3% больных, в группе сравнения — у 22% (χ^2=13,3; p=0,000).

При проведении кластерного анализа впервые выявленных больных с ИТБЛ получены следующие данные. Кластер 1 составили 59 больных ТБ, среди которых 29 (49,2%) мужчин и 30 (50,8%) женщин различного возраста. Изменения в легких выявлены при плановом флюорографическом обследовании у 39 (6,1%) пациентов; не проходили флюорографический осмотр в сроки до 2 лет 12 (20,3%) человек, до 3 лет — 6 (10,2%) и 4 года и более — 2 (3,4%; F=11,2; p=0,001). В местах лишения свободы пребывали ранее лишь 4 (6,8%) больных этого кластера (F=12,7; p=0,000), а уровень образования был выше среднего у 49 (83,1), из которых 11 (18,6%) имели оконченное или неполное высшее образование (F=8,06; p=0,005). Среди больных ИТБЛ этого кластера работающими были 38 (64,4%), пенсионерами 6 (10,2%), по одному студенту и инвалиду по сопутствующей патологии, однако 13 (22%) человек были безработными (F=5,47; p=0,02). Отсутствие вредных привычек отмечено у 31 (52,5%), курение табачных изделий — у 21 (35,6%), частый прием алкоголя в сочетании с курением отмечали 6 (10,2%) пациентов и один имел героиновую зависимость (F=14,8; p=0,000). Материально-бытовые условия у 17 (28,8%) больных расценены ими как хорошие, в 41 (69,5%) случае как средние, низкий уровень материально-бытовых условий имелся только у 1 больного (F=31,5; p=0,000). Сопутствующая патология выявлена у 44 (74,6%) больных данного кластера, у 15 (25,4%) сопутствующей патологии не было (F=4,8; p=0,02). У 44 (74,6%) пациентов специфическим процессом поражена только 1 доля легкого, две доли — у 10 (16,9%), 3 доли и более — у 5 (8,5%; F=8,7; p=0,003). Бактериовыделение зарегистрировано у 36 (61%) пациентов (F=19,6; p=0,000), из них устойчивость к лекарственным препаратам у 14 (23,7%), а устойчивость к многим препаратам — у 10 (16,9%; F=15,08; p=0,000).

В данном кластере у пациентов редко встречались жалобы на слабость и повышенную утомляемость (32,2%; F=46,7; p=0,000), на кашель (44,1%; F=51,3; p=0,000) с выделением мокроты (20,3%; F=37,6; p=0,000), на одышку (35,6%; F=67,8; p=0,000). При поступлении в стационар ЧДД до 20 в 1 мин выявлена у 88,1% больных (F=43,04; p=0,000), ЧСС в пределах нормы (от 60 до 80 уд/мин) — у 89,8% (F=6,7; p=0,01). В данном кластере лечение ИТБЛ у

Оценка силы влияния изучаемых факторов на неблагоприятный исход ИТБЛ с помощью дисперсионного анализа

Признак	*F* (критерий Фишера)	*p*	Ранг
Одышка (указывает на возможную дыхательную недостаточность)	67,85429	0,000000	1
Кашель	51,37304	0,000000	2
Слабость	46,75024	0,000000	3
ЧДД в минуту	43,04917	0,000000	4
Мокрота при кашле	37,67799	0,000000	5
Материальные условия	31,55592	0,000000	6
Выделение МБТ	19,69087	0,000019	7
Устойчивость МБТ к лекарственным препаратам	15,08865	0,000257	8
Вредные привычки (курение, алкоголизм и наркомания)	14,88614	0,000180	9
Пребывание в исправительно-трудовом учреждении	12,77900	0,000495	10
Отказ от прохождения плановой флюорографии	11,21555	0,001066	11
Число пораженных долей	8,72852	0,003729	12
Образование	8,06378	0,005255	13
ЧСС	6,74821	0,010484	14
Социальный статус	5,47563	0,020831	15
Наличие сопутствующего заболевания	4,86925	0,029123	16
Возраст	2,99675	0,085841	—
Исход ТБ	91,15800	0,000000	—

большинства пациентов было эффективным и его исход признан благоприятным (F=91,1; p=0,000) **(см. рисунок; см. таблицу)**.

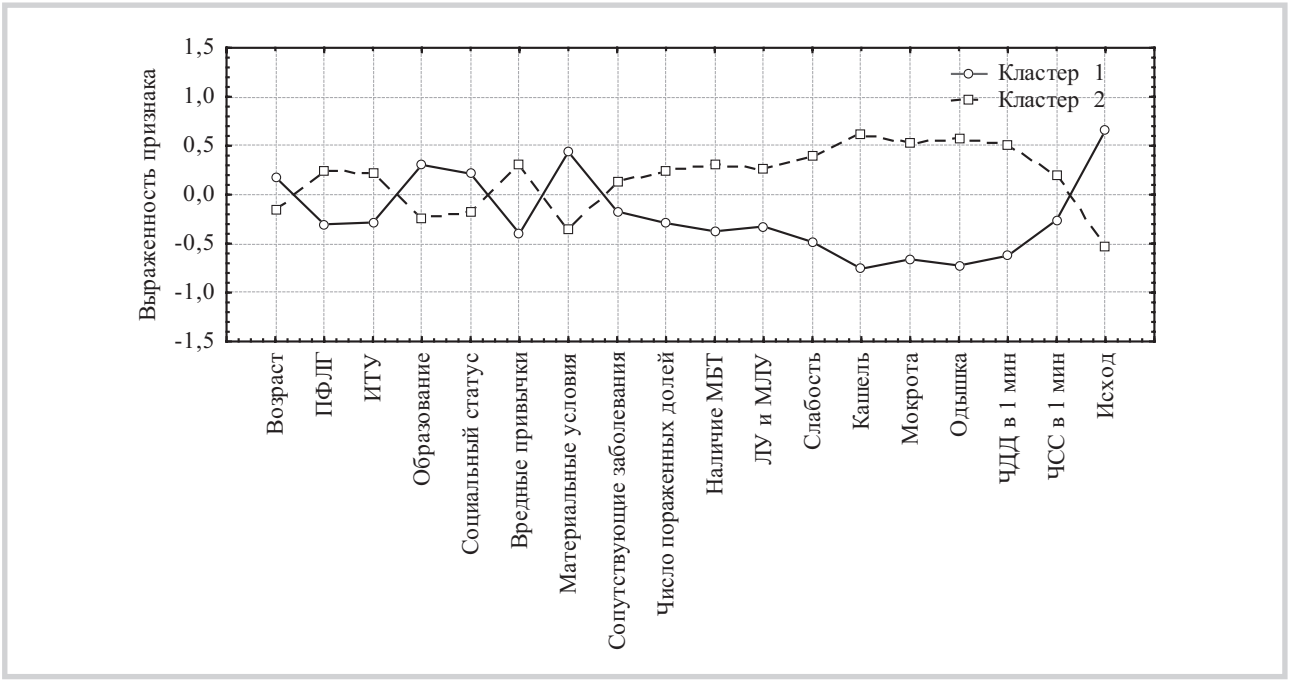
Второй кластер составил 71 больной с ИТБЛ — 70,4% мужчины, в возрасте от 25 до 54 лет 52,1% пациентов. Ежегодное плановое флюорографическое обследование не проходили 56,3% больных второго кластера. Пребывание в местах лишения свободы отмечалось у 22 (31%) пациентов. У 49,3% больных было среднее специальное образование, отсутствие оконченного среднего — у 32,4%. Безработных трудоспособного возраста было 57 (80,3%), а уровень материального положения был средним у 48 (67,6%), низким у 21 (29,6%) пациента данного кластера. У 36 (50,7%) больных имелось сочетание вредных привычек в виде курения и приема алкоголя, а у 12 (16,9%) наблюдалась наркотическая зависимость. Сопутствующие заболевания выявлены у 94,4% больных данного кластера.

При первичном рентгенологическом обследовании поражение специфическим процессом 2 долей легкого выявлено у 22,5%, 3 долей и более у 25,4%. Бактериовыделение обнаружено у 91,5% пациентов, при этом устойчивость МБТ к лекарственному препарату — у 17 (23,9%), к многим препаратам — у 42,3%. В данном кластере пациенты часто жаловались на слабость и повышенную утомляемость (83,1%), кашель (93%) с выделением слизистой (60,6%), а иногда и слизисто-гнойной (21,1%) мокроты, на одышку как при физической нагрузке (80,3%), так и в покое (11,3%). ЧДД более 20 в 1 мин зарегистрирована у 38 (53,5%) больных этого кластера, а ЧСС 90 уд/мин и более — у 21,2% **(см. рисунок)**. У пациентов данного кластера ТБ во всех случаях закончился неблагоприятно.

При ранжировании прогностических факторов неблагоприятного исхода ИТБЛ с помощью дисперсионного анализа получены следующие данные. Наиболее сильное влияние на развитие неблагополучного исхода ИТБЛ у впервые выявленных пациентов оказывало наличие жалоб на одышку, кашель, слабость, увеличение ЧДД 20 в 1 мин и более и выделение мокроты с кашлем, т.е. признаки, указывающие на наличие распространенного туберкулезного процесса с распадом и его осложнений, дыхательной, а также легочно-сердечной недостаточностью. Кроме того, неблагоприятный исход определялся влиянием других факторов в следующей последовательности: низким уровнем материального положения пациента; наличием бактериовыделения; выявлением штаммов МБТ, устойчивых как к одному, так и ко многим лекарственным препаратам; наличием вредных привычек; пребыванием ранее в местах лишения свободы. Отсутствие эффекта лечения ИТБЛ зависит от позднего флюорографического обследования, количества пораженных долей, уровня образования, тахикардии при поступлении в стационар, социального статуса и в последнюю очередь от сопутствующих заболеваний **(см. таблицу)**.

Заключение

Таким образом, предикторами неблагоприятного исхода впервые выявленного ИТБЛ могут быть самые разнообразные факторы: в первую очередь, характеристики и проявления самого туберкулезного процесса, ТБ при наличии жалоб в пределах бронхолегочного синдрома, симптомов дыхательной и легочно-сердечной недостаточности (ранг 1, 2, 3, 4, 14), бактериовыделение (ранг 7) с наличием МБТ, устойчивых как к одному, так и ко многим лекарственным препаратам (ранг 8), распространенность процесса (ранг 12). К социальным факторам, влияющим на развитие неблагоприятного исхода, относятся низкий материально-бытовой уровень (ранг 6), пребывание в ИТУ (ранг 10), отсутствие образование, по всей видимости, определяющее мотивацию к длительной терапии (ранг 13), особенности социального статуса (ранг 15). Кроме того, к социальным факторам относятся наличие вредных привычек (ранг 9) и отказ от прохождения флюорографии в течение нескольких лет (ранг 11). Из медицинских факторов предиктором неблагоприятного исхода ИТБЛ у впервые выявленных больных является наличие сопутствующей патологии внутренних органов.



Результат оценки влияния отдельных факторов на исход ИТБЛ у впервые выявленных больных с помощью кластерного анализа.

ПФЛГ — плановое флюорографическое обследование; ИТУ — пребывание в исправительно-трудовом учреждении; ЛУ и МЛУ — устойчивость МБТ как к отдельным, так и ко многим лекарственным препаратам. Вредные привычки — алкоголизм, курение и наркомания.

Знание данных прогностических факторов позволит лечащему врачу уделять особое внимание при поступлении социально-дезадаптированным пациентам молодого и среднего возраста с обилием вредных привычек, скоординировать работу с ними с включением в процесс психолога и социального работника, которые помогут пациенту справиться с проблемами социальной неустроенности. Это приведет к повышению мотивации к лечению пациентов данной категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корецкая Н.М., Чушкина А.А. Инфильтративный туберкулез легких. *Туберкулез и болезни легких*. 2012;4:46-49.
2. Нечаева О.Б. Туберкулез в Российской Федерации: заболеваемость и смертность. Медицинский алфавит. *Эпидемиология и гигиена*. 2013;4(24):7-12.
3. Чушкина А.А., Корецкая Н.М. Клинико-социальные аспекты инфильтративного туберкулеза легких у женщин. *Инфекционные болезни*. 2012;1:422-423.
4. Краснов В.А., Чернышев В.М., Стрельченко О.В. Факторы, препятствующие улучшению ситуации по туберкулезу в субъектах Сибирского федерального округа. *Туберкулез и болезни легких*. 2012;10:8-14.
5. Волчегорский И.А., Новоселов П.Н., Дударова Т.П. Предикторы неэффективности комплексного лечения больных инфильтративным туберкулезом легких. *Терапевтический архив*. 2012;11:18-25.
6. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Васильева И.А. Эффективность лечения туберкулеза легких, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью. *Туберкулез и болезни легких*. 2002;12:18-23.
7. Есимова Е.И., Уразова О.И., Новицкий В.В. Причины дизрегуляции иммунного ответа при туберкулезе легких: роль нарушений исходного состояния иммунологической реактивности организма. *Бюллетень сибирской медицины*. 2012;4:93-98.
8. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Подкопаева Т.Г. Социальный статус пациентов противотуберкулезного диспансера и его влияние на отношение к лечению. *Социология медицины*. 2011;2:44-47.
9. Мордык А.В., Брюханова Н.С., Пузырева Л.В. Роль личности пациента в процессе выявления и лечения туберкулеза органов дыхания. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2011;4(127):148-151.
10. Пьянзова Т.В. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких. *Бюллетень сибирской медицины*. 2012;6:216-218.
11. Богородская Е.М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению. *Туберкулез и болезни легких*. 2009;2:3-11.
12. Кондратьева М.Е., Стаханов В.А. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения больных туберкулезом. *Российский медицинский журнал*. 2009;1:17-19.
13. О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации: приказ Минздрава РФ №109от 21.03.2003. Консультант Плюс: справ.-правовая система. Доступно на: http://www.consultant.ru/

Поступила 30.12.2014