

Эйсмонт Н.В.¹, Скорняков С.Н.², Сенин А.М.¹

Влияние стартового режима химиотерапии на эффективность стационарного лечения впервые выявленных больных туберкулезом в сочетании с поздними стадиями ВИЧ-инфекции

1 - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», г Екатеринбург; 2 - ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России, г Екатеринбург

Eysmont N.V., Skorniyakov S.N., Senin A.M.

The influence of starting chemotherapy regimen on the efficiency of inpatient treatment of newly diagnosed TB patients in combination with advanced HIV infection

Резюме

ВИЧ-инфекция утяжеляет течение туберкулеза. При использовании, в качестве стартовых, режимов химиотерапии туберкулеза с одними основными противотуберкулезными препаратами у впервые выявленных больных туберкулезом одновременное назначение ВАРТ больным поздними стадиями ВИЧ-инфекции выравнивает шансы на получение благоприятного исхода стационарного лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и без нее. Усиление режима химиотерапии туберкулеза препаратами резерва больным с поздними стадиями ВИЧ-инфекции без одновременного назначения им ВАРТ, вследствие отсутствия приверженности, оправдано. Применение, в качестве стартовых, режимов химиотерапии туберкулеза, только основных противотуберкулезных препаратов, при стационарном лечении впервые выявленного туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции целесообразно с одновременным назначением ВАРТ. Использование в качестве стартового режима химиотерапии туберкулеза, в состав которого входят основные и резервные противотуберкулезные препараты, при стационарном лечении впервые выявленного туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции показано при отсутствии у пациента приверженности к ВАРТ.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, стартовый режим химиотерапии, противотуберкулезные препараты

Summary

HIV infection aggravates the course of tuberculosis. When used as a starter, regimes of chemotherapy of tuberculosis among the major anti-TB drugs in newly diagnosed TB patients co-administration of HAART patients with late- E stages of HIV infection evens the odds for a favorable outcome of the stationary treatment of tuberculosis in HIV-infected patients and without it. Strengthening the regime of chemotherapy for tuberculosis drugs reserve patients with advanced HIV infection without the simultaneous appointment of a HAART due to a lack of commitment is justified. The application, as a starter, tuberculosis chemotherapy regimens, only the main anti-TB drugs, in -patient treatment of newly diagnosed tuberculosis in patients with advanced HIV infection with the simultaneous appointment of appropriate HAART. Use as a starting regimen of TB, which consists of basic and of reserve antituberculosis drugs in newly diagnosed patient treatment of tuberculosis in patients with advanced HIV infection is shown in the absence of patient adherence to HAART.

Keywords: tuberculosis, HIV infection, starting chemotherapy regimen, anti-TB drugs

Введение

В настоящее время еще не отработаны алгоритмы по применению стартовых режимов химиотерапии на стационарном этапе лечения впервые выявленного туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Большинство пациентов с впервые выявленным туберкулезом в сочетании с поздними стадиями ВИЧ-инфекции

поступают во фтизиатрический стационар с выраженной клиникой интоксикации независимо от объема поражения специфическим процессом, подтвержденного лучевыми и/или морфологическими методами обследования, такое состояние больного подходит под определение туберкулеза с «остропрогрессирующим течением». При таком течении специфического процесса, согласно Приказу

от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», до получения результатов культурального исследования мокроты на чувствительность микобактерий туберкулеза, пациентам следует начинать лечение туберкулеза не только с основных, но с включением противотуберкулезных препаратов резерва.

Например, В.Ю. Мишин рекомендует всем впервые выявленным больным с деструктивным туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией, независимо от ее стадии, назначать в стационаре, в качестве стартового, режим химиотерапии туберкулеза, включающий препараты резерва, в том числе, фторхинолонового ряда. В таких случаях по окончании стационарного этапа удавалось добиться высокой эффективности лечения туберкулеза у этой категории пациентов. Так закрытие полости распада легочной ткани было отмечено в 70,0-81,7%, прекращение бактериовыделения - в 82,5-100,0% случаев, тогда, как при использовании, в качестве стартового, режима химиотерапии, включавшего только основные противотуберкулезные препараты – рубцевание полости распада произошло только в 35,0-51,7 и прекращение бактериовыделения при туберкулезе только в 42,5-60,0% случаев [1,2].

В публикациях других авторов, занимавшихся лечением туберкулеза у больных поздними стадиями ВИЧ-инфекции, изучалась эффективность стационарного лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, но без сравнения примененных стартовых режимов химиотерапии [3-7].

Цель исследования - оценить влияние стартовых режимов химиотерапии на эффективность лечения туберкулеза в стационаре у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, а также определить целесообразность применения в интенсивной фазе при стационарном лечении впервые выявленного туберкулеза у этих больных противотуберкулезных препаратов резерва.

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование результатов стационарного лечения впервые выявленного туберкулеза у 269 больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции (4Б и 4В по Российской классификации ВИЧ-инфекции В.И. Покровского, 2001 г.). Пациенты находились в специализированных отделениях для лечения туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции областных противотуберкулезных диспансеров Свердловской области в 2007 году. В качестве контрольной нами была взята группа из 90 впервые выявленных больных туберкулезом, не страдавших ВИЧ-инфекцией и выбывших из отделения одного из противотуберкулезных стационаров Екатеринбурга за этот же период. Больные обеих групп были разделены на тех, кто в качестве стартовых получал режимы химиотерапии только с основными и режимы с одновременно основными и резервными противотуберкулезными препаратами.

Результаты стационарного лечения туберкулеза оценивали на момент выбытия пациентов из стационара, а

его эффективность - по динамике специфического процесса в органах дыхания. Критериями эффективности лечения туберкулеза было закрытие полости распада легочной ткани и бактериологически подтвержденное прекращение бактериовыделения.

Непосредственные результаты лечения оценивали, как хорошие, при нормализации самочувствия пациента, закрытии полости распада легочной ткани, рассасывании инфильтрации в легких и исчезновении воспалительной реакции во внутригрудных лимфоузлах, подтвержденного рентгенологически, прекращением бактериовыделения, нормализацией показателей анализов крови и мочи, затихания внегочных локализаций туберкулеза.

Удовлетворительным результат лечения определяли при объективном улучшении самочувствия пациента, динамике тяжелого и состояния средней тяжести пациента в сторону удовлетворительного, рентгенологически подтвержденного рассасывания инфильтративных изменений в органах дыхания, улучшении анализов крови, мочи, мокроты.

В случае отсутствия объективной положительной динамики, прогрессирования туберкулеза либо ВИЧ-инфекции у соответствующих пациентов на фоне лечения или смерти больного результаты лечения расценивались, как неудовлетворительные.

Значимость различий между группами оценивали по доверительным интервалам (ДИ) долей, непараметрическому критерию «z», отношению шансов (ОШ) с 95%ДИ, критерию Пирсона χ^2 . Различия полагали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Среднее пребывание в стационаре больных ВИЧ-инфекцией, получавших стартовые режимы химиотерапии туберкулеза с основными противотуберкулезными препаратами, составило $72,2 \pm 5,2$ дня, в том числе, умерших – $39,3 \pm 8,4$, выписанных раньше срока за нарушение больничного режима – $65,0 \pm 5,9$, выписанных по окончании срока лечения – $85,8 \pm 5,4$ дня, больных туберкулезом без наличия ВИЧ-инфекции – $88,2 \pm 4,1$, $53,4 \pm 31,1$, $81,4 \pm 8,9$ и $91,5 \pm 6,7$ день соответственно. Среднее пребывание в стационаре больных ВИЧ-инфекцией, получавших стартовый режим химиотерапии туберкулеза, включавший основные одновременно основные и резервные противотуберкулезные препараты, составило $81,8 \pm 4,8$ дня, в том числе, умерших – $35,2 \pm 7,8$, выписанных раньше срока за нарушение больничного режима – $73,6 \pm 6,9$, выписанных по окончании срока лечения туберкулеза – $116,8 \pm 8,7$ дней, больных туберкулезом без наличия ВИЧ-инфекции – $87,5 \pm 8,1$, $67,0 \pm 54,0$, $84,3 \pm 12,1$ и $90,8 \pm 10,6$ дней соответственно. Как видим, среднее пребывание в стационаре пациентов обеих групп изучения оказалось практически одинаковым ($p > 0,05$).

При сравнении 1-й группы больных, страдавших ВИЧ-инфекцией, и 2-й группы, больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции, (таблица 1) видно, что одинаковой в обеих группах оказалась доля мужчин (74,0 и 63,9% соответственно), наличие прочих клинических форм туберку-

Таблица 1. Характеристика изученных больных с ВИЧ-инфекцией и без нее, получавших стандартные режимы химиотерапии туберкулеза

Характеристика больных ВИЧ-инфекцией		больные ВИЧ-инфекцией (1-я группа) n=269	больные туберкулезом без ВИЧ-инфекции (2-я группа) n=97	непараметрический критерий «z»	уровень статистической значимости, «p»
		% и 95%ДИ			
пол:	мужчины	74,0 (73,6-94,6)	63,9 (43,3-64,3)	1,755	0,079 (>0,05)
возраст:	до 40 лет	95,9 (62,0-146,6)	53,6 (2,9-87,5)	9,745	0,000 (<0,001)
общее состояние больного при поступлении в стационар:	удовлетворительное	47,2 (-0,6-72,0)	83,5 (58,7-131,3)	6,068	0,000 (<0,001)
	средней тяжести	33,8 (23,9-64,7)	13,4 (-17,5-23,3)	3,689	0,000 (<0,001)
	тяжелое	19,0 (11,3-43,1)	3,1 (-21,0-10,8)	3,615	0,000 (<0,001)
клинические формы туберкулеза:	инфильтративный туберкулез легких	25,6 (-32,3-60,9)	72,2 (36,9-130,1)	7,986	0,000 (<0,001)
	диссеминированный туберкулез легких	21,6 (15,0-45,8)	6,2 (-18,0-12,8)	3,265	0,001 (<0,01)
	туберкулез внутригрудных лимфоузлов	16,7 (7,7-40,9)	1,0 (-23,2-10,0)	4,087	0,000 (<0,001)
	генерализованный (3 и более локализации туберкулеза)	19,0* (10,3-44,1)	2,1 (-23,0-10,8)	3,882	0,000 (<0,001)
	прочие формы	17,1 (6,9-24,5)	18,5 (11,1-28,7)	0,155	0,877 (>0,05)
	в т.ч., сочетанный (2 локализации туберкулеза)	15,6 (7,4-38,6)	0,0 (-23,0-8,2)	3,948	0,000 (<0,001)
наличие сопутствующей туберкулезу и ВИЧ-инфекции патологии:		95,5 (64,0-143,6)	55,7 (7,6-87,2)	9,233	0,000 (<0,001)
в том числе	вирусные гепатиты «В» и «С»	91,1 (27,0-174,6)	14,8 (-73,7-78,9)	12,094	0,000 (<0,001)
	наркомания	79,8 (19,3-167,9)	5,5 (-82,6-66,0)	10,388	0,000 (<0,001)
	алкоголизм	14,4 (9,5-29,5)	9,3 (-5,8-14,2)	0,778	0,437 (>0,05)
Получали одновременно ВАРТ:		56,5 (11,4-124,4)	0,0	9,561	0,000 (<0,001)
Стартовые режимы химиотерапии туберкулеза с основными противотуберкулезными препаратами		36,0 (30,9-52,9)	30,1 (13,2-35,2)	0,924	0,356 (>0,05)
Стартовый режим химиотерапии туберкулеза с основными и резервными противотуберкулезными препаратами		37,8 (33,4-55,6)	31,1 (13,3-35,5)	1,055	0,291 (>0,05)

* - в 84,3% генерализованный туберкулез был выявлен при аутопсии

леза (17,1 и 18,5% соответственно), наличие алкоголизма (14,4 и 9,3% соответственно), частота получения пациентами стартовых режимов химиотерапии туберкулеза с одними основными, а также одновременно с основными и резервными противотуберкулезными препаратами.

В остальном при статистической обработке данных обеих групп пациентов удалось установить, что достоверно реже среди больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции встречались лица до 40-летнего возраста, страдавшие диссеминированным туберкулезом легких, туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, генерализованным туберкулезом и сопутствующей туберкулезу патологией (p<0,001). Эти же пациенты достоверно чаще имели при госпитализации удовлетворительное состояние и страдали менее распространенным специфическим процессом

- инфильтративным туберкулезом легких (p<0,001). Как видим, при сравнении изученных групп пациентов, при наличии ВИЧ-инфекции больные туберкулезом - более молодого возраста, также ВИЧ-инфекция значительно утяжеляла течение туберкулеза.

Оценивая результаты стационарного лечения туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, на наш взгляд, они должны были соответствовать аналогичным результатам лечения пациентов без ВИЧ-инфекции.

При сравнении результатов лечения туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией и без нее, получавших стартовые режимы химиотерапии только с основными противотуберкулезными препаратами, отмечено, что с одинаковой частотой изученные пациенты обеих групп,

Таблица 2. Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом в сочетании с поздними стадиями ВИЧ-инфекции без ВАРТ и больных без ВИЧ-инфекции, получавших стартовую химиотерапию туберкулеза одними основными противотуберкулезными препаратами

Индикаторы эффективности лечения туберкулеза	контингент и исходы лечения	больные ВИЧ-инфекцией без ВАРТ, n=89		больные без ВИЧ-инфекции, n=82		ОШ с 95% ДИ	критерий Пирсона χ^2	значение уровня статистической значимости результатов, «р»
		абс.ч.	%	абс.ч.	%			
закрытие полости распада легочной ткани	имели полость распада легочной ткани	18	100,0	28	100,0	2,05 (0,97-4,32)	3,53	0,060 (>0,05)
	закрытие полости распада	6	33,3	9	32,1	0,84 (0,19-3,65)	0,00	0,947 (>0,05)
прекращение бактериовыделения	бактериовыделители	55	100,0	32	100,0	0,40 (0,20-0,77)	7,97	0,0048 (<0,01)
	прекращение бактериовыделения	18	32,7	24	75,0	6,17 (2,11-18,61)	12,83	0,0003 (<0,01)
результаты лечения	хороший	16	18,0	41	50,0	4,56 (2,17-9,71)	18,28	0,00002 (<0,01)
	удовлетворительный	15	16,8	25	30,5	2,16 (0,99-4,78)	3,70	0,054 (>0,05)
	неудовлетворительный	58	65,2	16	19,5	0,17 (0,08-0,35)	26,79	0,0000002 (<0,01)
	в том числе, умерли	27	30,3	2	2,4	0,06 (0,01-0,26)	21,65	0,000003 (<0,01)

выписывались из стационара с удовлетворительным результатом ($p=0,054$), включая закрытие полости распада легочной ткани ($p=0,948$). Однако больные туберкулезом без ВИЧ-инфекции достоверно чаще выписывались из стационара с хорошим результатом лечения туберкулеза и прекращением бактериовыделения, а также достоверно реже выписывались с неудовлетворительным результатом или умирали ($p<0,001$). Как видим, ВИЧ-инфекция

не только утяжеляла течение туберкулеза, но и отрицательно влияла на результат его лечения (таблица 2).

Сравнивая эффективность лечения туберкулеза со стартовыми режимами химиотерапии, включавшие только основные противотуберкулезные препараты, отмечено, что при одновременном получении высокоактивной антеретровирусной терапии (ВАРТ) пациентами с ВИЧ-инфекцией (таблица 3) результаты химиотерапии

Таблица 2. Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом в сочетании с поздними стадиями ВИЧ-инфекции с одновременным назначением ВАРТ и больных без ВИЧ-инфекции, получавших стартовую химиотерапию туберкулеза одними основными противотуберкулезными препаратами

Индикаторы эффективности лечения туберкулеза	контингент и исходы лечения	больные ВИЧ-инфекцией без ВАРТ, n=90		больные без ВИЧ-инфекции, n=82		ОШ с 95% ДИ	критерий Пирсона χ^2	значение уровня статистической значимости результатов, «р»
		абс.ч.	%	абс.ч.	%			
закрытие полости распада легочной ткани	имели полость распада легочной ткани	6	100,0	28	100,0	7,26 (2,63-21,04)	18,73	0,000015 (<0,01)
	закрытие полости распада	3	50,0	9	32,1	0,12 (0,02-0,92)	4,30	0,031 (<0,05)
прекращение бактериовыделения	бактериовыделители	52	100,0	32	100,0	0,47 (0,24-0,90)	5,31	0,021 (<0,05)
	прекращение бактериовыделения	39	75,0	24	75,0	1,00 (0,32-3,12)	0,07	0,795 (>0,05)
результаты лечения	хороший	40	44,4	41	50,0	1,25 (0,66-2,38)	0,33	0,564 (>0,05)
	удовлетворительный	26	28,9	25	30,5	1,08 (0,53-2,19)	0,00	0,950 (>0,05)
	неудовлетворительный	24	26,7	16	19,5	0,67 (0,31-1,45)	0,86	0,353 (>0,05)
	в том числе, умерли	7	7,8	2	2,4	0,30 (0,04-1,62)	1,51	0,172 (>0,05)

Таблица 4. Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом в сочетании с поздними стадиями ВИЧ-инфекции без назначения ВАРТ и больных без ВИЧ-инфекции, получавших стартовую химиотерапию туберкулеза основными и резервными противотуберкулезными препаратами

Индикаторы эффективности лечения туберкулеза	контингенты и исходы лечения	больные ВИЧ-инфекцией без ВАРТ, n=28		больные без ВИЧ-инфекции, n=15		ОШ с 95% ДИ	критерий Пирсона χ^2	значение уровня статистической значимости результатов, «р»
		абс.ч.	%	абс.ч.	%			
закрытие полости распада легочной ткани	имели полость распада легочной ткани	12	100,0	13	100,0	8,67 (1,40-68,53)	6,01	0,014 (<0,05)
	закрытие полости распада	1	8,3	5	38,5	5,50 (0,45-148,00)	1,18	0,182 (>0,05)
прекращение бактериовыделения	бактериовыделители	21	100,0	12	100,0	1,33 (0,24-8,08)	0,00	1,000 (>0,05)
	прекращение бактериовыделения	6	28,6	7	58,3	2,19 (0,45-11,11)	0,58	0,446 (>0,05)
результаты лечения	хороший	4	14,3	5	33,3	3,00 (0,54-17,53)	1,15	0,238 (>0,05)
	удовлетворительный	4	14,3	3	20,0	1,50 (0,22-10,00)	0,00	0,680 (>0,05)
	неудовлетворительный	20	71,4	7	46,7	0,35 (0,08-1,54)	1,61	0,204 (>0,05)
	в том числе, умерли	8	28,6	1	6,7	0,18 (0,01-1,74)	1,66	0,129 (>0,05)

оказались одинаковыми для больных 1-й и 2-й групп наблюдения. Это касалось прекращения бактериовыделения ($p=0,795$), получения хорошего ($p=0,564$), удовлетворительного ($p=0,950$), неудовлетворительного ($p=0,353$) результата при выписке из стационара, а также летальности пациентов ($p=0,172$). Закрытие полостей распада легочной ткани чаще было отмечено у больных с ВИЧ-инфекцией, чем без нее ($p=0,031$), но перед началом лечения распад легочной ткани у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции встречался значительно реже, чем у больных туберкулезом без наличия ВИЧ-инфекции ($p=0,00015$). Как видим, ВАРТ выровнила шансы на одинаковый благоприятный исход лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и без нее.

При сравнении результатов лечения туберкулеза со стартовым режимом химиотерапии, включавший основные и резервные противотуберкулезные препараты, у больных обеих групп (таблица 4) было отмечено следующее. Усиление режима химиотерапии туберкулеза препаратами резерва у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, не получавших одновременно ВАРТ из-за отсутствия к ней приверженности, оказалось оправданным. Больные ВИЧ-инфекцией и без нее при получении, в качестве стартового, режим химиотерапии туберкулеза, включавший противотуберкулезные препараты резерва, одинаково часто выписывались с закрытием полости распада легочной ткани ($p=0,182$), прекращением бактериовыделения ($p=0,446$), с хорошим ($p=0,238$), удовлетворительным ($p=0,680$) и неудовлетворительным ($p=0,204$) результатом, также наблюдалась одинаковая летальность пациентов ($p=0,128$).

В случае присоединения пациентам с ВИЧ-инфекцией ВАРТ, они, как и больные без ВИЧ-инфекции,

при получении режима химиотерапии туберкулеза с основными и резервными противотуберкулезными препаратами одинаково часто выписывались с закрытием полости распада легочной ткани ($p=0,688$), прекращением бактериовыделения ($p=0,285$), с хорошим ($p=0,668$), удовлетворительным ($p=0,531$) и неудовлетворительным ($p=0,113$) результатом, также наблюдалась одинаковая летальность пациентов ($p=1,000$) (таблица 5).

Выводы

1. ВИЧ-инфекция значительно утяжеляла течение туберкулеза, а также отрицательно влияла на эффективность стационарного лечения впервые выявленного специфического процесса.

2. При использовании, в качестве стартовых, режимов химиотерапии туберкулеза с основными противотуберкулезными препаратами у впервые выявленных больных с наличием поздних стадий ВИЧ-инфекции одновременное назначение ВАРТ выравнивало шансы на получение одинакового благоприятного исхода стационарного лечения туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией и без нее.

3. Усиление режима химиотерапии туберкулеза препаратами резерва больным с поздними стадиями ВИЧ-инфекции без одновременного назначения этим пациентам ВАРТ, вследствие отсутствия к ней приверженности, оказалось оправданным.

4. Применение, в качестве стартовых, режимов химиотерапии туберкулеза, содержащих только основные противотуберкулезные препараты, при стационарном лечении впервые выявленного туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции целесообразно с одновременным назначением ВАРТ.

Таблица 5. Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом в сочетании с поздними стадиями ВИЧ-инфекции с одновременным назначением ВАРТ и больных без ВИЧ-инфекции, получавших стартовую химиотерапию туберкулеза основными и резервными противотуберкулезными препаратами

Индикаторы эффективности лечения туберкулеза	контингенты и исходы лечения	больные ВИЧ-инфекцией с ВАРТ, n=62		больные без ВИЧ-инфекции, n=15		ОШ с 95% ДИ	критерий Пирсона χ^2	значение уровня статистической значимости результатов, «р»
		абс.ч.	%	абс.ч.	%			
закрытие полости распада легочной ткани	имели полость распада легочной ткани	16	100,0	13	100,0	18,69 (3,40-135,47)	16,55	0,00005 (<0,01)
	закрытие полости распада	4	25,0	5	38,5	1,88 (0,30-12,35)	0,14	0,688 (>0,05)
прекращение бактериовыделения	бактериовыделители	39	100,0	12	100,0	2,36 (0,53-11,84)	0,91	0,391 (>0,05)
	прекращение бактериовыделения	28	71,8	7	58,3	0,45 (0,09-2,17)	0,62	0,285 (>0,05)
результаты лечения	хороший	27	43,5	5	33,3	0,65 (0,17-2,41)	0,18	0,668 (>0,05)
	удовлетворительный	20	32,3	3	20,0	0,52 (0,10-2,34)	0,38	0,531 (>0,05)
	неудовлетворительный в том числе, умерли	15	24,2	7	46,7	2,74 (0,74-10,28)	1,99	0,113 (>0,05)
		4	6,4	1	6,7	1,04 (ДИ не определен)	0,31	1,000 (>0,05)

5. Использование, в качестве стартового, режима химиотерапии туберкулеза, в состав которого входят основные и резервные противотуберкулезные препараты, при стационарном лечении впервые выявленного туберкулеза у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции показано только при отсутствии у пациента приверженности к ВАРТ. ■

Эйсмонт Н.В., Сеши А.М., Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург; Скряжков С.Н., ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Эйсмонт Наталья Владимировна, 620142, г. Екатеринбург, ул. Чапаева, 9, Тел. (факс): +7343 251 63 78, com.89126115729 E-mail: nvehiv@mail.ru

Литература:

- Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г., Завражинов С.П. и др. Сравнительная эффективность IIб и I режимов химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом легких с высоким риском развития первичной лекарственной устойчивости с позиций медицины доказательств. Тубер. и бол. лег.; 2011; 5: 50-51.
- Мишина А.В., Ющук Н.Д., Мишин В.Ю. и др. Эффектив-ность различных режимов химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, с позиции медицины доказательств. Матер. конф. «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом»; 2011; СПб: 407-408.
- Мордык А.В., Иванова О.Г., Батищева Т.Л. и др. Анализ факторов, оказывающих влияние на эффективность лечения у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Матер. конф. «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом»; 2011; С.Петербург: 409-410.
- Конончук О.Н., Копылова И.Ф. Оценка эффективности и ранних исходов лечения больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. Матер. III Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участ. «Туберкулез с лекарственной устойчивостью микобактерий у больных ВИЧ-инфекцией»; 2009; Москва: 41-44.
- Зими́на В.Н. Совершенствование диагностики и эффективности лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией при различной степени иммуносупрессии: автореф.дисс. д-ра мед. наук. Москва, 2012.
- Зими́на В.Н., Васильева И.А., Батыров Ф.А. Особенности течения и эффективность лечения больных туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Тубер. и бол. лег.; 2010; 87(3): 23-27.
- Пантелеев А.М. Патогенез, клиника, диагностика и лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией: автореф.дисс. д-ра мед. наук. С.Петербург, 2012.