

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РИФАМПИЦИН-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ



Ю. А. Шейфер, С. Н. Демидик, С. Б. Вольф

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

*Введение.* Туберкулез до сих пор представляет одну из актуальных медико-социальных проблем и угрозу здоровью людей во всем мире.

*Цель работы.* Изучить особенности рифампицин-устойчивого туберкулеза среди женщин и мужчин с синдромом зависимости от алкоголя.

*Материал и методы.* Объект исследования: 219 пациентов с активным рифампицин-устойчивым туберкулезом легких и установленным диагнозом: синдром зависимости от алкоголя. В ходе исследования были сформированы две группы пациентов: основная – 1 группа (n=33) – женщины с рифампицин-устойчивым туберкулезом легких и с синдромом зависимости от алкоголя, 2 группа – группа сравнения (n=186) – мужчины с рифампицин-устойчивым туберкулезом легких и синдромом зависимости от алкоголя.

*Результаты.* Прекращение бактериовыделения, подтвержденное бактериологическим методом, достигнуто у 60,6% пациенток основной группы и у 57,2% пациентов группы сравнения ( $p > 0,05$ ). При анализе рентгенологических данных (обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, линейная томограмма) закрытые полости распада в легких наблюдались лишь в 6 (28,6%) и 50 (49,1%) случаях ( $p < 0,05$ ), соответственно.

*Выводы.* Современный социальный портрет рифампицин-устойчивого туберкулеза – это лица трудоспособного возраста, страдающие синдромом зависимости от алкоголя, не работающие, женщины репродуктивного возраста.

**Ключевые слова:** туберкулез, рифампицин-устойчивый туберкулез, алкоголь, лечение.

*Для цитирования:* Шейфер, Ю. А. Результаты лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза у женщин с синдромом зависимости от алкоголя / Ю. А. Шейфер, С. Н. Демидик, С. Б. Вольф // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2022. Т. 20, № 6. С. 603-606. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-6-603-606>

### Введение

Туберкулез до сих пор остается одной из ведущих медико-социальных проблем и представляет глобальную угрозу для здоровья людей во всем мире [1]. Ежегодно в мире более 900 млн женщин инфицируются микобактериями туберкулеза, у 2,5 млн женщин туберкулез выявляют впервые, 1 млн женщин умирают от данного заболевания. В основном это женщины в репродуктивном возрасте [2, 3]. Женское здоровье в репродуктивные годы (в возрасте от 15 до 44 лет) – одна из актуальных проблем мирового здравоохранения [4]. По данным ВОЗ, значительный ущерб здоровью женщин в репродуктивный период наносят инфекционные заболевания, среди которых особое место занимает туберкулез [5]. Туберкулезная инфекция поражает женщин в возрасте их наивысшей репродуктивной, социальной и экономической активности, что создает наиболее негативное воздействие на институт семьи и систему здравоохранения в целом [6, 1]. Пик заболеваемости туберкулезом у женщин в репродуктивном возрасте может быть обусловлен биологическими, поведенческими и социальными факторами риска [5, 7].

Туберкулез у женщин репродуктивного возраста характеризуется высокой частотой распространенных деструктивных процессов, сопровождающихся бактериовыделением, высоким уровнем лекарственной устойчивости возбудителя, низким уровнем социализации молодых женщин [8].

**Цель работы** – изучить особенности рифампицин-устойчивого туберкулеза среди женщин и мужчин с синдромом зависимости от алкоголя.

### Материал и методы

Работа выполнена на базе УЗ «Гродненский областной клинический центр «Фтизиатрия».

Объект исследования: 219 пациентов с активным рифампицин-устойчивым туберкулезом легких и установленным диагнозом синдрома зависимости от алкоголя.

Дизайн исследования включал открытое, выборочное, проспективное наблюдение.

Критерии включения в исследование: наличие активного туберкулезного процесса с устойчивостью к рифампицину, установленный диагноз синдрома зависимости от алкоголя.

Критерии исключения: туберкулез легких с сохраненной лекарственной чувствительностью, пациенты без синдрома зависимости от алкоголя.

При поступлении в стационар все пациенты были обследованы в соответствии с обязательным диагностическим минимумом:

- выполнена оценка клинических данных;
- лабораторная диагностика в соответствии с требованиями, отраженными в «Руководстве по лабораторной диагностике туберкулеза», утвержденном приказом МЗ РБ от 22.03.2013 № 377;
- рентгенологические методы исследования органов грудной клетки;
- функциональные обследования.

Мониторинг лечения пациентов проводился согласно «Клиническому руководству по диагностике и лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм», утвержденному приказом МЗ РБ 30.05.2017 № 601.

В ходе исследования были сформированы две группы пациентов: основная – группа 1 (n=33) – женщины с рифампицин-устойчивым туберкулезом и с синдромом зависимости от алкоголя; группа 2 (n=186) – группа сравнения – мужчины с рифампицин-устойчивым туберкулезом и с синдромом зависимости от алкоголя.

Химиотерапия состояла из двух фаз: интенсивной фазы и фазы продолжения, проводилась с учетом чувствительности микобактерии к противотуберкулезным лекарственным средствам [9].

Эффективность лечения на стационарном этапе оценивалась по общепринятым фтизиатрическим стандартам: частота абациллирования и сроки закрытия полостей распада.

Определение результатов лечения пациентов с рифампицин-устойчивым туберкулезом производили в соответствии с принципами когортного анализа согласно «Руководству по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий в Республике Беларусь», утвержденному приказом МЗ РБ от 08.11.2012 № 1323.

Использовали следующие критерии: излечение, лечение завершено, успешное лечение – сумма случаев с результатом «излечение» и «лечение завершено», «неэффективное лечение», «смерть», «потеря для последующего наблюдения» [7].

Статистическую обработку данных проводили при помощи пакета Statistical 10.0 (серийный номер AXAR207F394425FA-Q).

### Результаты и обсуждение

Клиническая характеристика пациентов обеих групп представлена в таблице 1. Группы сопоставимы по возрасту. Необходимо отметить тот факт, что большинство пациенток основной группы (78,8% – 26 пациенток) были репродуктивного возраста. В обеих группах преобладал инфильтративный туберкулез легких, однако у 10 (30,3%) пациенток группы 1 чаще диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез, тогда как в группе 2 эта клиническая форма установлена у 29 (15,6%) пациентов (p<0,05).

Следует отметить, что в группе сравнения чаще встречались лица, которые ранее находились в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ) (23,1% – 43 пациента).

Наличие деструкции в легочной ткани составило, соответственно, 63,3 и 54,8% (p>0,05). Необходимо отметить, что у 29 (87,8%) и 172 (92,5%) (p>0,05) пациентов основной группы и группы сравнения, соответственно, туберкулезный процесс был более 3 сегментов, т. е. распространенный.

Установлено, что в обеих сравниваемых группах, кроме наличия синдрома зависимости от алкоголя, отмечается высокая частота наличия других факторов риска туберкулеза.

Прекращение бактериовыделения, подтвержденное бактериологическим методом, достигнуто у 60,6% пациенток в основной группе и у 57,2% пациентов в группе сравнения, p>0,05 (табл. 2). При анализе рентгенологических данных (обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, линейная томограмма) закрытие полостей распада в легких наблюдалось лишь в 6 (28,6%) и 50 (49,1%) случаях (p<0,05), соответственно (табл. 3).

При анализе результатов лечения пациенток основной группы «успешное лечение» было достигнуто у 14 (42,4%) женщин, в группе сравнения – у 71 (54,6%) пациента, (p>0,05) (табл. 4). «Неэффективное лечение» установлено у 16 (48,5%) женщин и у 20 (15,4%) мужчин, (p<0,05). Следует отметить, что в группе муж-

Таблица 1. – Клиническая характеристика пациентов обеих групп

Table 1. – Clinical characteristics of patients in groups

Наименование показателя	Группы пациентов		P
	группа 1 (женщины), n=33, абс. число (%)	группа 2 (мужчины), n=186, абс. число (%)	
Возраст			
20-39 лет	13 (39,4)	52 (27,9)	>0,05
40-49 лет	13 (39,4)	66 (35,5)	>0,05
50-59 лет	4 (12,2)	48(25,5)	<0,05
60 лет и старше	3 (9,0)	20 (10,8)	>0,05
Клинико-рентгенологическая форма туберкулеза легких:			
очаговый	4 (12,2)	14 (7,7)	>0,05
инфильтративный	18 (54,5)	115 (61,8)	>0,05
диссеминированный	-	14 (7,5)	>0,05
казеозная пневмония	1 (3,0)	9 (4,8)	>0,05
туберкулема	-	4 (2,2)	>0,05
кавернозный	-	1 (0,6)	>0,05
фиброзно-кавернозный	10 (30,3)	29 (15,6)	<0,05
Наличие бактериовыделения:			
Деструкция	33 (100,0)	186(100,0)	<0,05
Регистрация случая туберкулеза: впервые выявлен	21 (63,3)	102 (54,8)	>0,05
ранее лечен	5 (15,2)	57 (30,6)	>0,05
Факторы риска (всего):	28 (84,8)	129 (69,4)	<0,05
ВИЧ-инфекция	15 (45,5)	87 (46,7)	>0,05
сахарный диабет	1 (3,0)	1 (0,6)	>0,05
ХНЗОД	1 (3,0)	5(2,7)	>0,05
контакт (в прошлом и настоящем)	3 (9,0)	19 (10,2)	>0,05
пребывание в ИТУ	8(24,2)	19 (10,2)	>0,05
Отношение к работе: работает	2 (6,0)	43(23,1)	<0,05
не работает	8 (24,2)	46 (24,7)	>0,05
пенсионер	15 (45,5)	93 (50,0)	>0,05
инвалид	3 (9,0)	15 (8,1)	>0,05
	7 (21,3)	32 (17,2)	>0,05

**Таблица 2.** – Частота прекращения бактериовыделения в обеих группах

**Table 2.** – Abacillation frequency in both groups

Сроки (месяц)	Основная группа, абс. число (%)	Группа сравнения, абс. число (%)	р
(всего к указанному сроку)			
до 2 месяцев	11 (33,3)	67 (36,0)	>0,05
3-4 месяца	16 (48,5)	89 (47,8)	>0,05
более 4 месяцев	20 (60,6)	107 (57,2)	>0,05

**Таблица 3.** – Сроки закрытия полостей распада у пациентов в обеих группах

**Table 3.** – The timing of the closure of the decay cavities in both groups

Сроки (месяц)	Основная группа, абс. число (%)	Группа сравнения, абс. число (%)	р
до 4-х месяцев	1 (4,8)	11 (10,7)	>0,05
более 4-х месяцев	2 (9,5%)	23 (22,5)	<0,05
при выписке	3 (14,3)	16 (15,7)	>0,05

чин в 13,8% случаев (18 пациентов) наблюдалась потеря для последующего наблюдения, в то время как в основной группе данный показатель отсутствовал.

Таким образом, в обеих группах отмечается невысокая частота успешного лечения. Однако надо отметить следующее: если в основной группе причина низкой эффективности лечения – фиброзно-кавернозный туберкулез легких, то в группе сравнения это обусловлено за счет низкой приверженности к лечению.

### Выводы

1. Современный социальный портрет рифампицин-устойчивого туберкулеза – это лица трудоспособного возраста, страдающие синдромом зависимости от алкоголя, не работающие, женщины репродуктивного возраста.

2. У пациентов с рифампицин-устойчивым туберкулезом в сочетании с синдромом зависимости

### Литература

1. Русановская, Г. Ф. Анализ заболеваемости туберкулезом органов дыхания женщин репродуктивного возраста на территории Нижегородской области / Г. Ф. Русановская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, № 3 – С. 141-143. – doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-3-141-143. – edn: НЕОPIA.
2. Медико-социальная характеристика новых случаев туберкулеза в современных условиях / Р. А. Агзамова [и др.] // Фтизиопульмонология. – 2018. – Т. 31, № 1 – С. 57-59. – edn: WEXGQU.
3. World Health Organization. Tuberculosis in women [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.who.int/publications/m/item/tuberculosis-in-women>. – Date of access: 10.11.2022.
4. Ерлан, А. Е. Структура туберкулеза у женщин фертильного возраста / А. Е. Ерлан, А. Е. Айдарбек, Д. Д. Чункаева // Фтизиопульмонология. – 2022. – Т. 39, № 1 – С. 16-19. – doi: 10.56834/26631504\_2022\_1\_16. – edn: KIXJVQ.

**Таблица 4.** – Результаты лечения пациентов в обеих группах

**Table 4.** – Result of treatment of the patients with in both groups

Исход лечения	Основная группа, n=33, абс. число (%)	Группа сравнения, n=130, абс. число (%)	Р
Излечен	10 (30,3)	13 (10)	0,004
Лечение завершено	4 (12,1)	58 (44,6)	0,0016
Успешное лечение (всего)	14 (42,4)	71 (54,6)	0,25
Неэффективное лечение	16 (48,5)	20 (15,4)	0,001
Потеря для последующего наблюдения	–	18 (13,8)	0,04
Смерть	3 (9,1)	21 (16,2)	0,26

от алкоголя чаще встречаются распространенные формы туберкулеза легких в фазе распада.

3. Наблюдается низкая эффективность стационарного этапа лечения данных пациентов: показатель абацилляции женщин составляет 60,5%, мужчин – 57,2%, соответственно. Закрытие полостей распада – 28,6 и 49,1%, успешное лечение отмечено лишь у 42,4% женщин и у 54,6% мужчин.

3. У женщин в данной группе наблюдается склонность к хронизации туберкулезного процесса с дальнейшим переходом в фиброзно-кавернозный туберкулез, что обуславливает высокий процент бактериовыделения, лекарственную устойчивость (множественную и широкую лекарственную устойчивость МБТ), неэффективность терапии и выход на инвалидность.

4. Мужчины с рифампицин-устойчивым туберкулезом в сочетании с синдромом зависимости от алкоголя чаще ранее находились в заключении, что обуславливает большой спектр лекарственной устойчивости, безработицы после заключения, социальную опасность. неприверженность к лечению.

5. Goponiako, S. V. Tuberculosis in women of reproductive age / S. V. Goponiako // Проблемы здоровья и экологии. – 2022. – Т. 19, № 1. – С. 5-12. – doi: 10.51523/2708-6011.2022-19-1-01. – edn: KRIEYD.
6. Великая, О. В. Медико-социальные аспекты туберкулеза женского населения Воронежской области / О. В. Великая, А. В. Акулова, С. И. Каюкова // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2017. – Т. 95, № 7. – С. 24-28. – doi: 10.21292/2075-1230-2017-95-7-24-28. – edn: ZCSPDV.
7. Эпидемиология впервые выявленного туберкулеза легких у женщин репродуктивного возраста / С. В. Гопоняко [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2017. – Т. 53, № 3. – С. 79-83. – edn: ZICHIJ.
8. Амирова, З. Р. Туберкулез органов дыхания у женщин: социальные и клинические особенности / З. Р. Амирова, В. М. Малосиева, Э. Я. Сатуева // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2017. – Т. 7, № 26 – С. 1327-1328. – edn: ZGCFZL.

9. Скрыгина, Е. М. Клиническое руководство по диагностике и лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм / Е. М. Скрыгина, Г. Л. Гуревич. – Минск, 2017. – 140 с.
1. Rusanovskaja GF. Analiz zaboлеваemosti tuberkulezom organov dyhanija zhenshhin reproduktivnogo vozrasta na territorii Nizhegorodskoj oblasti [The analysis of morbidity of tuberculosis of respiratory organs of women of reproductive age on the territory of the Nizhny novgorod oblast]. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny* [Problems of social hygiene, public health and history of medicine]. 2018;26(3):141-143. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-3-141-143. edn: HEOPIA. (Russian).
2. Agzamova RA, Bugakov AA, Iskakova ASH, Karanova TU. Mediko-social'naja harakteristika novyh sluchaev tuberkuleza v sovremennyh uslovijah. *Ftiziopul'monologija* [Phthisiopulmonology]. 2018;31(1):57-59. edn: EXGQU. (Russian).
3. World Health Organization. Tuberculosis in women [Internet]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/tuberculosis-in-women>
4. Erlan AE, Ajarbek AE, Chunkaeva DD. Struktura tuberkuleza u zhenshhin fertil'nogo vozrasta [The structure of tuberculosis in women of reproductive age]. *Ftiziopul'monologija* [Phthisiopulmonology]. 2022;39(1):16-19. doi: 10.56834/26631504\_2022\_1\_16. edn: KIXJVQ. (Russian).
5. Goponiako SV. Tuberculosis in women of reproductive age. *Problemy zdorov'ja i jekologii* [Health and ecology issues]. 2022;19(1):5-12. doi: 10.51523/2708-6011.2022-19-1-01. edn: KRIEYD.
6. Velikaja OV, Akulova AV, Kajukova SI. Mediko-social'nye aspekty tuberkuleza zhenskogo naselenija Voronezhskoj oblasti [Medical and social aspects of female population suffering from tuberculosis in Vorone the region]. *Tuberkulez i bolezni legkih* [Tuberculosis and Lung Diseases]. 2017;95(7):24-28. doi: 10.21292/2075-1230-2017-95-7-24-28. edn: ZCSPDV. (Russian).
7. Goponjako SV, Buinevich IV, Butko SV, Bondarenko VN. Jepidemiologija vperve vyjavlennogo tuberkuleza legkih u zhenshhin reproduktivnogo vozrasta [The epidemiology of new cases of lung tuberculosis in women of the reproductive age]. *Problemy zdorov'ja i jekologii* [Health and Ecology Issues]. 2017;53(3):79-83. edn: ZICHIJ. (Russian).
8. Amirova ZR, Malosieva VM, Satueva JeJa. Tuberkulez organov dyhanija u zhenshhin: social'nye i klinicheskie osobennosti. *Bjulleten' medicinskih Internet-konferencij* [Bulletin of Medical Internet Conferences]. 2017;7(26):1327-1328. edn: ZGCFZL. (Russian).
9. Skrjagina EM, Gurevich GL. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike i lecheniju tuberkuleza i ego lekarstvenno-ustojchivyh form. Minsk; 2017. 140 p. (Russian).

## RESULTS OF TREATMENT OF RIFAMPICIN-RESISTANT TUBERCULOSIS IN FEMALES WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME

*Yu. A. Sheifer, S. N. Demidik, S. B. Volf*

*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus*

*Background. Tuberculosis is still one of the urgent medical and social problems and poses a threat to human health around the world.*

*Purpose of work: To study the features of rifampicin-resistant tuberculosis in male and female patients with alcohol dependence syndrome.*

*Material and methods. The subjects were 219 patients with active rifampicin-resistant pulmonary tuberculosis and a diagnosis of alcohol dependence syndrome. During the study, two groups of patients were formed: group I – the main group (n=33) – included females with rifampicin-resistant pulmonary tuberculosis and alcohol dependence syndrome, group II – the comparison group (n=186) – was composed of males with rifampicin-resistant pulmonary tuberculosis and alcohol dependence syndrome.*

*Results. Termination of bacterial excretion, confirmed by the bacteriological method, was obtained in 60.6% of the patients in the main group and in 57.2% of the patients in the comparison group (p>0.05). The analysis of radiological data (plain chest radiograph, linear tomogram) showed that closure of the decay cavities in the lungs was observed only in 6 (28.6%) and 50 (49.1%) cases (p<0.05), respectively.*

*Conclusions. The modern social picture of rifampicin-resistant tuberculosis is represented by working-age individuals suffering from alcohol dependence syndrome, those who are not employed, women of reproductive age.*

**Keywords:** tuberculosis, rifampicin-resistant tuberculosis, alcohol, treatment.

**For citation:** Sheifer YuA, Demidik SN, Volf SB. Results of the treatment of rifampicin-resistant tuberculosis in the female with alcohol dependence syndrome. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2022;22(6):603-606. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-6-603-606>.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование.** Исследование проведено без спонсорской поддержки.  
**Financing.** The study was performed without external funding.

**Об авторах / About the authors**

\*Шейфер Юрий Альбертович / Sheifer Yuri, e-mail: [jura-med@mail.ru](mailto:jura-med@mail.ru), ORCID:0000-0002-6189-0292

Демидик Светлана Николаевна / Demidik Svetlana, [svdemidik@tut.by](mailto:svdemidik@tut.by), ORCID:0000-0002-9841-9015

Вольф Сергей Борисович / Volf Sergey, e-mail: [volf\\_sb@mail.ru](mailto:volf_sb@mail.ru), ORCID:0000-0002-4016-3440

\* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

*Поступила / Received: 12.10.2022*

*Принята к публикации / Accepted for publication: 30.11.2022*